



# VALTIMOTERVEYDEKSI!

Terveyden  
edistämisen  
käsikirja



# **VALTIMOTERVEYDEKSI!**

Terveyden  
edistämisen  
käsikirja

# Sisältö

Saate .....	5
1 Valtimoterveydeksi! -käsikirjasta .....	7
2 Terveyttä edistävät rakenteet .....	8
3 Riskinarviointi .....	13
4 Palvelu- ja hoitoketjut .....	20
5 Elintapainterventiot .....	26
6 Toimijoiden koulutus .....	29
7 Toimintamallien esittelyjä .....	33
8 Valtimoterveydeksi! -työryhmät .....	58
9 Käsitteitä.....	60
10 Lähteet ja kirjallisuus .....	61

Valtimoterveydeksi! -terveyden edistämisen käsikirjan on julkaissut  
Valtimoterveyttä kaikille -projekti (2009–2010)

ISBN 978-952-486-089-5 (painettu)

ISBN 978-952-486-094-0 (verkkoversio)

Kirjoittajat työryhmätyöskentelyn pohjalta:

Kirsi Heinonen

Mikko Syväne

Erja Toropainen

Helena Nuutinen ja

Riikka Turku

Kiitos käsikirjan kommentoinnista:

Pirjo Ilanne-Parikka

Taru Koivisto

Maija Perho

Mirja Pääkkönen

Toimitus: Enna Bierganns

Graafinen suunnittelu: Aino Myllyluoma

Kirjapaino: Kirjapaino Hermes, Tampere

# Saate

Terveys on ihmisen elämän tärkeimpiä arvoja ja keskeinen hyvän elämänlaadun osatekijä. Hyvä kansanterveys on myös Suomen menestyksen kilpailutekijä sekä taloudellisen, sosiaalisen ja inhimillisen kehityksen kulmakivi.

Valtimosairaudet, kuten tyypin 2 diabetes, sepelvaltimotauti ja aivoverenkiertohäiriöt, koskettavat yli miljoonaa henkilöä Suomessa, ja sairastumisriskissä on satoja tuhansia suomalaisia. Onneksemme näitä sairauksia voidaan ehkäistä tai niiden puhkeamisen ajankohtaa siirtää.

Yhteistyö yli perinteisten raja-aitojen ja ennakkoluuloton ajattelu ovat tarpeen juuri nyt. Suomalaisten valtimoterveyttä edistämällä luomme hyvän elämän edellytyksiä sekä hillitsemme terveydenhuollon kustannuksia.

Myös monet lait – kuten Perustuslaki (1999/73), Kuntalaki (1995/365) ja Kansanterveyslaki (2005/928) – velvoittavat huolehtimaan terveyden edistämisestä. Terveiden edistämisen politiikkaohjelman toimenpitein on tarkoitus kohentaa väestön terveydentilaa, kaventaa terveyseroja ja muun muassa vahvistaa terveyden edistämisen rakenteita.

Terveyden edistäminen on prosessi, joka lisää ihmisen kykyä kohentaa omaa terveydentilaansa. Tämä ei onnistu ilman laajaa yhteistyötä edellytysten turvaamisessa. Toivomme että käsikirjan esittämät ideat leviävät laajalti käyttöön.

*Helsingissä 15.3.2010*

*Paula Risikko  
Peruspalveluministeri*

*Maija Perho  
Ohjelmajohtaja  
Terveyden edistämisen politiikkaohjelma*

## Miksi valtimoterveyttä kaikille?

1. Tyypin 2 diabeteksen yleistyminen on haaste valtimoterveydelle
2. Valtimoterveyteen on mahdollista vaikuttaa
3. Tarvittavien tekojen tueksi on tarjolla työkaluja ja hyviä toimintamalleja



# 1. Valtimoterveydeksi! -käsikirjasta

Valtimoterveydeksi! -käsikirjan on koonnut moniammatillinen Valtimoterveyttä kaikille -projektin kokoama asiantuntijaryhmä. Työssä on hyödynnetty kansalliseen diabetesohjelman Dehkon 2D -hankkeen sekä Suomalaisen Sydänohjelman toimintamalleja vuosilta 2003–2010.

Opas käsittelee palvelurakenteita, johtamista, riskinarviointia, hyviksi havaittuja interventioita, toimijoiden ammattitaitoa sekä hoitopolkuja ja palveluketjuja.

Projektin asiantuntijoiden valitsemat terveyden edistämisen työkalut ja hyvät käytännöt esitetään tiivistetysti käsikirjan kappaleessa 7 sekä hankkeen verkkosivuilla. Verkkosivuilla on myös projektiin liittyneitä asiantuntijaluentoja.

Valtimoterveyttä kaikille -projektin yhteistyökumppaneina toimivat Sosiaali- ja terveysministeriö/Terveystieteiden tutkimuskeskus, Aivohalvaus- ja dysfasialiitto, Diabetesliitto ja Sydänliitto. Valtimoterveydeksi! -käsikirjan lisäksi projekti toteutti syksyn 2009 ja kevään 2010 aikana terveyden edistämisen seminaarikiertueen yhdeksällä paikkakunnalla eri puolilla Suomea.

**Tutustu myös Valtimoterveydeksi! -verkkosivuihin**

- Seminaarikiertueen luennot
- Hyvät toimintamallit

[www.diabetes.fi](http://www.diabetes.fi)



## 2. Terveyttä edistävät rakenteet

### Ovatko terveyden edistämisen rakenteet kunnossa?

”Terveyden edistämisen rakenteet viittaavat niihin henkisiin ja materiaalsiin voimavaroihin sekä hallinnollisiin rakenteisiin, toimintapolitiikkoihin, sääddöksiin ja kannustimiin, jotka helpottavat terveyden edistämisen pyrkimyksiä vastata terveystaasteisiin organisoidulla tavalla. Tällaisia rakenteita on erilaisissa organisaatioissa kuten perusterveydenhuollossa, yksityisellä sektorilla, järjestöissä sekä muissa terveyden edistämistyötä tekevissä laitoksissa ja säätiöissä.

Terveyden edistämisen rakenteita voivat olla näiden konkreettisten rakenteiden lisäksi myös kansalaisten ja päätöksentekijöiden tietoisuus terveysasioista ja osallistuminen toimintaan terveyden hyväksi.”

Terveyden edistäminen esimerkein – Käsitteitä ja selityksiä  
Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja -sarja 3/2005



tia ja yhteisesti sovittuja tavoitteita, jotka on kirjattu kuntastrategiaan.

Tärkeää on, että terveyden edistämisen vastuut on määritelty, esimerkiksi kunnassa on nimetty terveyden edistämisen vastuuhenkilö.

Terveyden edistämisen rakenteisiin kuuluvat lisäksi seuranta- ja raportointijärjestelmät, joilla voidaan seurata väestön terveyden ja siihen vaikuttavien tekijöiden kehittymistä. Myös eri hallinnonalojen yhteiset hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmät sekä kuntiin perustetut terveyden edistämisen yksiköt edustavat ansiokkaita terveyden edistämisen rakenteita.

Moniin sairaanhoitopiireihin tai terveyspiireihin on jo perustettu terveyden edistämisen yksiköitä tai asiantuntijaryhmiä. Näiden rooli paikallisen ja alueellisen terveyden edistämisen strategiatyön tukena sekä hyvien käytäntöjen levittämisen ja juurruttamistyössä on merkittävä.

Jokainen päätös on terveyspäätös. Terveyden edistämisen tulee näkyä kunnan kaikkien toiminta-alueiden toiminnassa. Oma roolinsa on niin kunnan sivistystoimella, kulttuuri-, nuoriso- ja liikuntatoimella, kaa-voituksella kuin muillakin sektoreilla.

Terveyden edistämisen yhteiskunnalliset hyödyt ovat ilmeiset. Vaikuttamalla keskeisiin kansansairauksien syihin voidaan hillitä terveydenhuoltopalveluista, sairauspoissaoloista ja varhaisesta eläköitymisestä aiheutuvia kustannuksia.

Työikäisen väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja vahvistaminen nostaa osaltaan työllisyysastetta. Myös väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamisessa terveyden edistäminen on tärkeää.

Kuntajohdon tuella on ratkaiseva merkitys terveyden edistämisen onnistumiselle. Terveystiedon edistäminen edellyttää resursoin-



**Kunnan tehtävä on luoda kuntalaisten omaehtoisen terveyden edistämisen mahdollisuuksia. Hyvinvointia ja terveyttä edistävä työ kunnassa on:**

- laadukkaiden ehkäisevien palvelujen (esimerkiksi liikunta-, ravitsemus- ja ravitsemispalvelujen) tuottamista ja yhteensovittamista
- terveyden tasa-arvon tukemista
- viestinnällistä vaikuttamista ihmisten valintoihin
- eri ammattiryhmien osaamisen vahvistamista
- moniammatillisuuden ja yhteisöllisyyden vahvistamista
- kunnan strategista johtamista ja monialaisen yhteistyön lujittamista.

### TEAvisari näyttää kunnan terveyden edistämisen aktiivisuuden (TEA) tilan

TEAvisari on kunnan toimintaa kuntalaisten terveyden edistämässä kuvaava verkko-palvelu. TEAvisari palvelun tarkoituksena on tukea kuntien ja alueiden terveyden edistämistyön suunnittelua ja johtamista.

Terveyden edistämisen toimintaa kuvataan palvelussa termillä terveydenedistämisaktiivisuus (TEA), joka tulee englanninkielisestä käsitteestä health promotion capacity building.

Terveydenedistämisaktiivisuutta voi TEAvisarissa tarkastella seitsemästä eri näkökulmasta, joita ovat sitoutuminen, johtaminen, terveysseuranta ja tarveanalyysi, voimavarat, yhteiset käytännöt, osallisuus sekä muut ydintoiminnot.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)  
www.thl.fi/fi\_FI/web/fi/tutkimus/työkalut/teaviisari

### Valtimoterveyttä edistetään

- Vaikuttamalla kulttuuriin, elinympäristöön, olosuhteisiin, tuotteisiin ja rakenteisiin
- Varmistamalla, että kaikilla väestöryhmillä on riittävästi tietoja ja taitoja terveyttä edistävän elämäntavan pohjaksi
- Kannustamalla, tukemalla ja ohjaamalla yksilöitä ja yhteisöjä, erityisesti heikommassa asemassa olevia.

Soveltaen: Valtioneuvoston periaatepäätös liikunnasta ja ravitsemuksesta. STM 2008

### Terveyden edistämisen johtamisen tarkistuslista

- Mikä taho **päättää** kunnassa terveyden edistämisen strategisista tavoitteista, toimintavaltuuksista, resursseista ja arvioinnista?
- **Kuka** johtaa ja koordinoi? Onko kunnassa nimetty eri hallinnonalojen edustajista koostuva terveyden edistämisen johtoryhmä tai työryhmä?
- Otetaanko **terveysnäkökohdat** huomioon kaikessa päätöksenteossa? Arvioidaanko päätösten seurauksia ennakkoon esimerkiksi terveysvaikutusten arvioinnin (TVA) avulla?
- **Seurataanko** kunnassa systemaattisesti kuntalaisten terveyskäyttäytymistä ja kerätäänkö väestötason tietoja?
- **Arvioidaanko** päätösten todennäköisyyttä ja pysyvyyttä sekä kohdistumista eri väestöryhmiin?

Toimija	Terveysten edistämisen tontti
Perusterveydenhuolto, työterveys, neuvolat, päivahoito, koulu-terveys, hammashuolto	Ikäkausitarkastukset, riskinarviointi, fyysinen terveys ja mielenterveys
Opetus- ja sivistystoimi	Ruokakulttuuri, ravitsemispalvelut, kotitalous, liikunta, tasapainoisen kasvun tukeminen, terveystieto, terveyttä edistävä kouluympäristö, yhteisöllisyys
Sosiaalitoimi	Syrjäytymisen ehkäisy, perusturvallisuus
Liikuntatoimi ja vapaa-aika	Liikuntamahdollisuudet, terveyttä edistävään liikuntaan kannustaminen
Kaupunkisuunnittelu	Lähiliikkumisen mahdollisuudet ja fyysisen aktiivisuuden tukeminen, kevyen liikenteen mahdollisuudet, liikenneturvallisuus, palvelujen etäisyys
Kunnan johtavat virkamiehet ja kuntapäättäjät	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi (IVA),</li> <li>terveyden edistämisen johtoryhmä</li> <li>terveyden edistämisen strategia (valtuustotaso)</li> </ul>
Kuntaorganisaation ulkopuoliset tahot (järjestöt, yhdistykset ja yritykset)	Täydentävät palvelut: liikuntapalvelut, erilaiset ryhmätoiminnot, kumppanuussopimukset, vertaistuki

## Suositukses

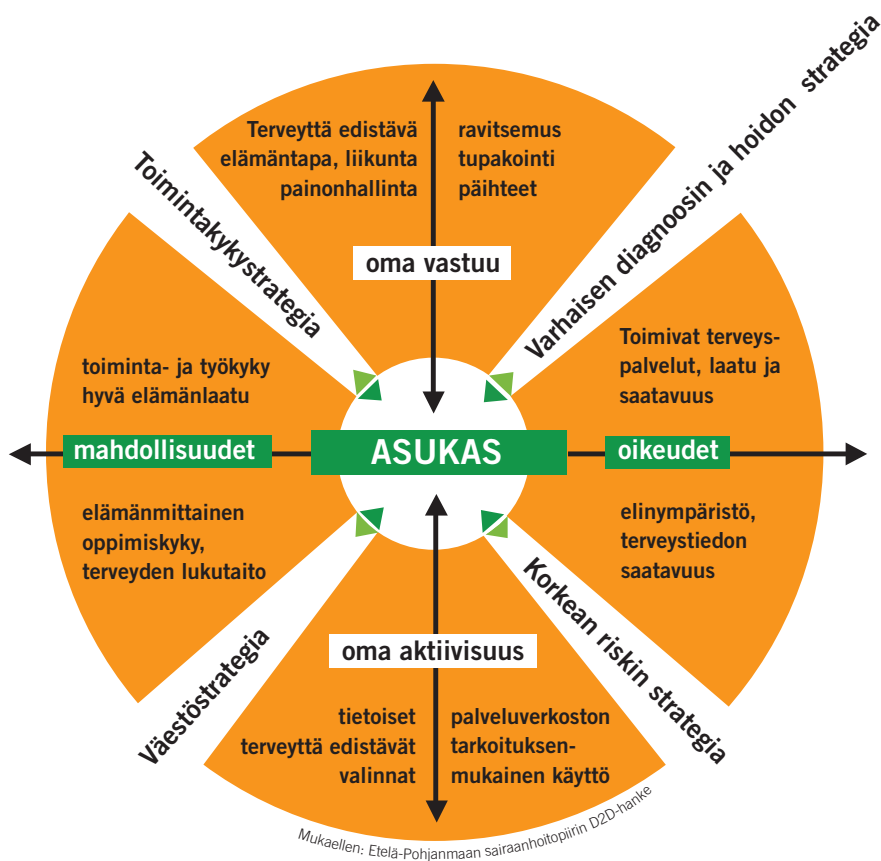
1. Kuntien tulee **sisällyttää kuntastrategioihinsa** kuntalaisten terveyden edellytyksiä parantavat ja **terveyttä edistävät tavoitteet ja toimenpiteet**, jotka perustuvat kuntalaisten terveydentilan seurantaan. Kunnan virkamiesjohdon tulee vastata siitä, että tarvittavien toimenpiteiden toteutus kytetään vuotuisen toiminnan ja talouden suunnitteluprosessiin. Terveysnäkökohdat tulee ottaa huomioon eri hallinnonalojen toiminnassa.
2. Terveysten edistämisen yksikön sekä **terveyden edistämisen johtoryhmän** tai **työryhmän** perustaminen on tehokas tapa varmistaa, että terveyden edistäminen tulee huomioitua kaikessa kunnan päätöksenteossa ja toiminnassa.
3. **Terveysten edistämisen yksikkö** pienentää rakenteiden, asiakkaiden ja käytännön toimijoiden välisiä railoja sekä tekee terveyden edistämisestä toimivaa arkea. Yksikön tehtävänä on kuntalaisten tarpeet huomioiden arvioida ennalta ja seurata terveyden edistämisen toteutumista alueellaan. Yksikön tehtävänä on myös poikkihallinnolliseen yhteistyöhön kannustaminen, hoitopolkujen ja palveluketjujen kehittäminen, koulutuksen koordinointi, terveyden edistämisen tutkimuksen ja tilastoinnin hyödyntäminen sekä vastuunjako eri toimijoiden kesken. Terveysten edistämisen yksiköiden keskinäinen vuoropuhelu luo laatua ja kustannustehokkuutta.
4. Terveystkeskuksiin ja työterveyshuoltoon tulee nimetä ennaltaehkäisyn **vastuutahot**. Vastuutyöryhmien toiminnan tueksi tulee sairaanhoitopiirissä järjestää alueellisia koulutus- ja neuvottelutilaisuuksia.
5. **Suunnitelmallinen** riskinarviointi, elintapaohjaus, hoitopolut, palveluketjut ja koulutus ovat toimivan terveydenhuollon palvelurakenteen tunnusmerkkejä.
6. Tehokasta ennaltaehkäisyä varten on erityisesti varmistettava, että **henkilöstöä on riittävästi**.
7. Julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin koko kapasiteetti on otettava käyttöön **ennakkoluulottoman kumppanuuden** periaatteella.
8. Saumattomat **tietojärjestelmät** mahdollistavat muutosten seuraamisen, vaikutusten arvioinnin ja toiminnan jatkuvan kehittämisen. Asiakastietojen tulisi kulkea tarvittaessa joustavasti ja suojatusti palveluntuottajalta toiselle. Tämä nopeuttaa palveluketjujen toimintaa ja ehkäisee päällekkäisiä toimintoja, tutkimuksia ja kustannuksia.
9. Terveysten edistämisen **palvelujen laadun arviointiin** tulee luoda **seurantajärjestelmä**.
10. Ryhmäohjausta tulee tukea yksilöohjauksen ohella koulutuksen ja työnohjauksen avulla. Sekä ryhmä- että yksilöohjaukseen tarvitaan johdon tukea, työn organisoinnin ja kirjaimiskäytäntöjen kehittämistä sekä riittävästi aikaa toiminnan suunnitteluun.

### Terveyttä edistävä työ kunnassa on

- kunnan strategista johtamista
- viestinnällistä vaikuttamista ihmisten valintoihin
- eri ammattiryhmien osaamisen vahvistamista
- monialaisen yhteistyön lujittamista
- laadukkaiden ennaltaehkäisevien palvelujen tuottamista.

### Poikkihallinnollinen terveyden edistäminen kunnan johtamisjärjestelmässä tarkoittaa sopimista

- vastuusta
- työnjaosta
- yhteistyökäytännöistä
- voimavarojen kohdentamisesta eri hallinnonalojen kanssa.



Kuva 1. Toimintakykyinen ja hyvinvoiva asukas.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus (ATH) kokoaa tietoa kuntalaisten viime vuosien terveyskäyttäytymisestä ja hyvinvoinnista. Katso [www.terveytemme.fi](http://www.terveytemme.fi).

## 3. Riskinarviointi

### Miten riskiyksilöt löydetään?



Monilla sairauksilla on pitkä oireeton esivaihe, jonka aikana voidaan vaikuttaa sairastumisen riskiä lisääviin tekijöihin, eli riski- ja vaaratekijöihin, ja siten ehkäistä tai lykätä sairastumista. Vaikuttaminen on mahdollista vain, jos riskihenkilöt tunnistetaan.

Pitkäaikaissairauksien, kuten diabeteksen sekä sydän- ja verisuonisairauksien, ehkäisyssä on kaksi päälinjaa: väestöstrategia ja korkean riskin strategia. Molemmat strategiat ovat välttämättömiä ja tukevat toisiaan.

Väestöstrategia lähtee siitä, että pienetkin laajalti toteutuvat muutokset riskitekijöissä vaikuttavat merkittävästi tautien ilmaantumiseen väestössä. Esimerkiksi kun väestön kolesteroliarvo laskee keskimäärin yhden prosentin, sydäninfarktin ilmaantuvuus pienenee 2–3 prosenttia. Suomessa 1960-luvulta alkaen toteutunut sydän- ja verisuonitautikuolleisuuden väheneminen jopa 80 % perustuu valtaosin väestössä tapahtuneisiin riskitekijöiden (kolesterolin, verenpaineen, tupakoinnin) muutoksiin ja pieneltä osin sairauksien parantuneeseen hoitoon.

Väestöstrategia on välttämätön myös siksi, että riskitekijöissä ei ole jyrkkää rajaa, jonka alapuolella riski on pieni ja yläpuolella suuri, vaan kaikki ovat jatkumoita. Noin 75 % sairastuneista kuuluu pienen tai keskusuurin riskin ryhmään. Vaikka yksilökohtainen sairastumisriski on suhteellisen pieni, sairastuneita kertyy tästä suuresta joukosta paljon.

Tunnistettavat riskiyksilöt muodostavat sairastuneiden vähemmistön (25 %), koska heitä on suhteellisen vähän. Tätä kutsutaan *preventioparadoksiksi*. Siksi koko riskitekijäjätkumon siirtäminen pienemmän riskin suuntaan on tarpeen.

Väestöstrategian ensisijaisuudesta huolimatta tarvitaan myös korkean riskin strategiaa. Tämä siksi, että elintapamuutosten ja tarpeellisten ennaltaehkäisevien lääkehoitojen hyöty on suurin, kun nämä kohdistuvat suuressa sairastumisriskissä oleviin. Korkean riskin strategia tukee väestöstrategiaa,

Korkean riskin strategiassa on määritelty seuraava tärkeysjärjestys:

1. Potilaat, joilla on todettu ateroskleroottinen valtimotauti
2. Oireettomat henkilöt, joiden riski sairastua valtimotautiin on suurentunut
  - useat samanaikaisesti vaikuttavat riskitekijät suurentavat valtimotautien kokonaisriskiä
  - tyypin 2 diabetes tai tyypin 1 diabetes, johon liittyy mikroalbumuria
  - huomattavan korostunut yksittäinen riskitekijä, etenkin, jos tähän liittyy kohde-elinvaurio.
3. Ennen aikaisesta ateroskleroottiseen valtimotautiin sairastuneen henkilön lähisukulaiset tai henkilöt, joiden riski on erityisen suuri.

koska riskiyksilöitä etsittäessä kohdataan myös pienemmässä vaarassa olevia ja koska heitä tuetaan säilymään sellaisina.

Valtimoterveyttä kaikille -projekti tähtää ensisijaisesti edellisen luettelon kohdassa 2. kuvattujen korkean riskin henkilöiden tunnistamiseen ja hoitoon.

## Miten riskiyksilöt tunnistetaan?

Diabetesta sairastavat määritellään sellaisenaan korkean riskin henkilöiksi. Arviolta puolet suomalaisista tyypin 2 diabetesta sairastavista ei tiedä sairaudestaan. Valtimoterveyttä kaikille -hankkeessa halutaan mennä tätä pitemmälle ja arvioida myös diabeteksen riskiä, ei ainoastaan jo puhjennutta diabetesta. Tähän tarkoituksen suositetaan Diabetesliiton diabetesriskitestiä (kuva 2). Sen kahdeksan kohtaa menevät osin päällekkäin valtimotautien riskitestien kanssa (ks. edempänä). Diabetesriskitesti huomioi vyötärön ympäryksen, kasvisten, hedelmien ja marjojen käytön, aikaisemmin esiintyneen kohonneen verenpaineen tai veren-sokerin sekä diabeteksen sukutaustan.

Valtimotaudin riskinarviointityökaluja on useita. Suomessa on kehitetty FINRISKI-testi (kuva 3). Sen etuna on, että testi perustuu suomalaiseen aineistoon ja että se arvioi myös sairastumis-, ei vain kuoleman-vaaraa. Lisäksi testi antaa erilliset arviot sydäninfarktin ja aivohalvauksen sekä näiden yhteiselle riskille kymmenen vuoden aikana. FINRISKI ottaa huomioon myös HDL-kolesterolin, diabeteksen ja sukutaustan.

FINRISKI-laskuri on käytettävissä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen verkkosivuilla osoitteessa [www.ktl.fi/finriski-laskuri](http://www.ktl.fi/finriski-laskuri). FINRISKI näyttää myös, miten tutkittavan riski eroaa samaa ikää ja sukupuolta olevasta ihannetapauksesta ja keskivertosuomalai-

**Tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomake**

**1. Ikä**

☐ Alle 45 v. (0 p.)

☐ 45–54 v. (2 p.)

☐ 55–64 v. (3 p.)

☐ Yli 64 v. (4 p.)

**2. Painoindeksi**

Lasku oma painoindeksi.

Laskuohje seuraavalla sivulla!

☐ Alle 25 kg/m<sup>2</sup> (0 p.)

☐ 25–30 kg/m<sup>2</sup> (1 p.)

☐ Yli 30 kg/m<sup>2</sup> (3 p.)

**3. Vyötärön ympäryksen mitattuna kylkiluiden alapuolelta (yhteensä naven kohdalta)**

**MIEHET**

☐ Alle 94 cm (0 p.)

☐ 94–102 cm (3 p.)

☐ Yli 102 cm (4 p.)

**NAISET**

☐ Alle 80 cm (0 p.)

☐ 80–88 cm (3 p.)

☐ Yli 88 cm (4 p.)

**4. Siirtyäkö jokuksesi päivittäin yleensä vähintään puoli tuntia liikuntaa työssä ja/tai vapaa-ajalla ns. arkiliikunta mukaan ikinä?**

☐ Kyllä (0 p.)

☐ Ei (2 p.)

**5. Kuinka usein syöt kasviksia, hedelmiä tai marjoja?**

☐ Päivittäin (0 p.)

☐ Harvemmin kuin joka päivä (1 p.)

**6. Oletko koskaan käyttänyt säännöllisesti verenpainelääkettä?**

☐ En (0 p.)

☐ Kyllä (2 p.)

**7. Onko verensokerisi joskus todettu olevan koholla (esim. terveystarkastuksessa, joskin sairauden yhteydessä, raskauden aikana)?**

☐ Ei (0 p.)

☐ Kyllä (5 p.)

**8. Onko perhejäsentilläsi tai sukulaisillasi todettu diabetesta (tyypin 1 tai 2 diabetesta)?**

☐ Ei (0 p.)

☐ Kyllä: isovanhemmilla, vanhempien sisarusilla tai serkuilla (mutta ei omilla vanhemmilla, sisarusilla tai lapsilla) (3 p.)

☐ Kyllä: vanhemmilla, sisarusilla tai omilla lapsilla (5 p.)

**Riskipisteitä yhteensä**

☐ Riski sairastua tyypin 2 diabetekseen kymmenen vuoden kuluessa on

**alle 7** Pieni: arviolta yksi sadasta sairastuu

**7–11** Jonkin verran lisääntyneet: arviolta yksi 25:stä sairastuu

**12–14** Kohtalainen: arviolta joka kuudes sairastuu

**15–20** Suuri: arviolta joka kolmas sairastuu

**yli 20** Hyvin suuri: arviolta puolet sairastuu

Kuva 2. Tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomake, riskitesti. [www.diabetes.fi/testit/riskitesti](http://www.diabetes.fi/testit/riskitesti).

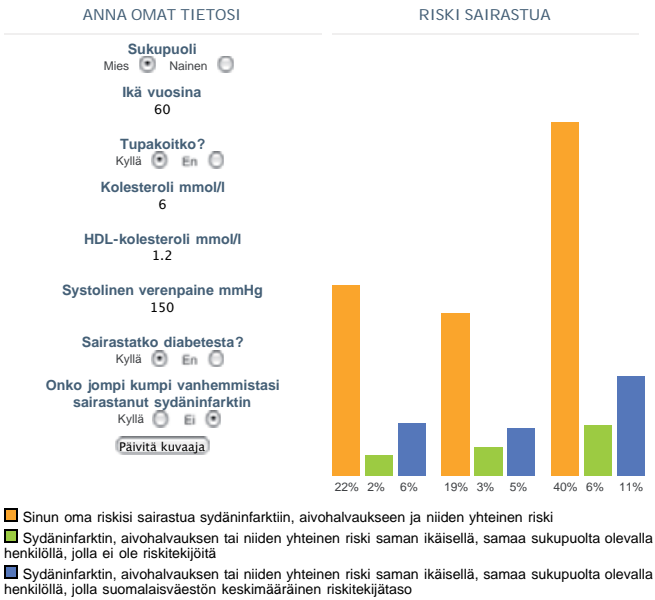
sesta (suhteellinen riski). Muuttamalla ikää ylöspäin nuorille ikäluokille voidaan havainnollistaa kymmentä vuotta pidemmän aikavälin riskiä.

Suomessa on kehitetty myös riskipistelomake (kuva 4). Se ottaa huomioon muiden vaaratekijöiden lisäksi painoindeksin ja liikunnan. Pisteytyksen asteikko on puhdas luku, joka kuvastaa suhteellista riskiä ottamatta huomioon ikää ja sukupuolta. Koke-musperäisesti korkean riskin rajaksi on so-vittu vähintään 4,5 pistettä (maksimi 16 pis-tettä). Tämä luokittelee melko suuren osan testattavista korkean riskin henkilöiksi.

Riskipistelomakkeen tieteellinen pohja ei ole yhtä vankka kuin esimerkiksi FIN-RISKIn. Testistä on kuitenkin melko laajalti hyviä kokemuksia käytännön työssä. Se antaa hyvät mahdollisuudet päästä neuvon-nan alkuun samalla kun riskiä arvioidaan.

FINRISKI-laskuri

Riski sairastua sydäninfarktiin tai aivohalvaukseen seuraavan 10 vuoden aikana.  
Vedä palkista hiirellä tai käytä desimaalipisteitä.



Riskipisteet voidaan helposti laskea ilman tietokoneen apua.

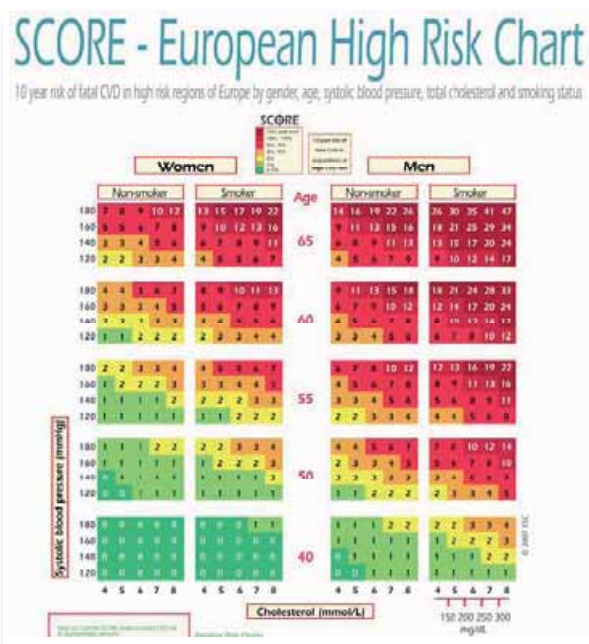
Laajalti tunnettu on eurooppalainen SCORE-testi (kuva 5). Siinä riski kuolla valtimotautiin seuraavan kymmenen vuoden aikana arvioidaan iän, sukupuolen, tupakoinnin, systolisen verenpaineen ja kokonaiskolesteroliarvon perusteella. Korkean riskin rajaksi on sovittu 5 % tai tätä suurempi. Kuolleisuutta käytetään, koska kuolleisuudesta on Euroopan tasolla tarkemmat tilastotiedot kuin sairastuvuudesta. Yhteenlaskettu kuoleman ja sairauskohtauksen vaara on 2–3 kertaa suurempi kuin kuolleisuus. Nuoren henkilön kymmenvuotisiriski jää aina pieneksi, mikä voi antaa harhaanjohtavan kuvan. Tämän korjaamiseksi riski voidaan projisoida 60 vuoden ikään tai käyttää suhteellisen riskin taulukoita, jotka ilmaisevat, kuinka moninkertainen tutkitavan riski on samanikäiseen pienen riskin henkilöön verrattuna. Valtimosairauksien riskitestejä vertaillaan kuvassa 6.

## Suositus 1

Valtimosairauksien riskinarviossa käytetään diabetesriskitestiä ja yhtä kolmesta valtimotautien riskitestistä.

## Kenelle riskinarvio tehdään?

Valtimosairauksien ehkäisy on tärkeää kaikissa elämän vaiheissa. On tärkeää, että kaikkein suurimmassa vaarassa olevat (esimerkiksi perinnöllisiä kolesteroliaineenvaihdunnan häiriöitä sairastavat) saadaan ennaltaehkäisyyn piiriin jo lapsuus- ja nuoruusiässä. Raskausdiabetes tunnistaa korkean riskin naisjoukon, joka tulisi ottaa tehostettuun elintapahoitoon ja seurantaan. Ikä on valtimosairauksien tärkein riskitekijä, ja siksi ennalta ehkäisevien toimien merkitys kasvaa vanhetessa.



Kuva 5. SCORE-testi.



	FINRISKI-laskuri www.ktl.fi/finriski-laskuri	SCORE	Riskipistelmakke
+	Perustuu suomalaiseseen aineistoon  Mukana laskennassa myös sairastuvuus sepelvaltimotautiin ja aivohalvauksiin  Laskurista saa erikseen sydäninfarktiriskin ja aivohalvausriskin  Huomioi sukuhistorian, HDL-kolesterolin ja diabeteksen  Sekä absoluuttisen että suhteellisen riskin arvio	Perustuu laajaan eurooppalaiseen väestökohorttiin  Sekä paperitaulukot että sähköinen laskuri  Mahdollisuus myös suhteellisen riskin arvioon	Huomioi myös liikunnan, lihavuuden ja tupakoinnin määrän  Toimiva työväline elintapaohjauksessa
—	Ei paperitaulukoita käytössä	Ennuste ainoastaan sydän- ja verisuonitautikuolleisuudelle  Laskennassa käytetty 1970- ja 1980-lukujen kohortteja Aliarvioi nuorten ja naisten riskiä  Riskitekijöistä puuttuu diabetes ja täten aliarvioi diabeetikkojen riskiä	Alkuperäisen riskipistetestin kehittäessä vähäinen tieteellinen perusta  Ei erottele miehiä ja naisia  Ei huomioi ikää  Raja-arvo 4,5 pistettä johtaa suhteellisen suureen määrään korkeariskisiä
HUOMIOITAVAA	Nuorten ikäryhmien ennusteiden arvioinnissa käytettävä suhteellisen riskin arviota tai ekstrapolointia vanhempiin ikäryhmiin	Nuorten ikäryhmien ennusteiden arvioinnissa käytettävä ekstrapolointia vanhempiin ikäryhmiin	



TERVEYDEN JA  
HYVINVOINNIN LAITOS

Kuva 6. Valtimosairauksien riskitestien vertailu.

## Suositus 2

Väheksymättä muissa ikäryhmissä tehtävää ennaltaehkäisyä Valtimoterveyttä kaikille -projekti suosittelee systemaattisia riskinarvioita nuorille keski-ikäisille, joilla verisuonitaudit ovat vielä harvinaisia mutta tietoisuus niiden vaarasta alkaa kasvaa ja motivaatio riskitekijöihin puuttumiseen on herätettävissä. Sopiva kohderyhmä on 40-vuotiaat miehet ja naiset, jotka eivät vielä ole olleet vastaavassa arvioissa esimerkiksi työterveyshuollossa. Paikkakunnilla, joissa ikäluokat ovat pieniä, voidaan luonnollisesti tutkittavien määrää laajentaa.

## Kuka kuuluu valtimosairauksien riskiryhmään?

Diabetesriskitestissä korkean riskin raja on 12 pistettä.

FINRISKI-arviossa korkean riskin raja on 10 %:n yhteinen sairastumisriski projisoi-tuna 60 ikävuoteen. Riskipistelmakkeella toimittaessa käytetään vakiintunutta 4,5 pisteen rajaa.

Riskinarvion yleiselle kululle esitetään yksi malli kuvassa 7. Se ei tietenkään ole ainoa. Voidaan myös pyytää tutkittavia tekemään itsenäisesti diabetesriskitesti (joka ei vaadi laboratoriokokeita tai muita ammattimaisia mittauksia). Tuloksen perusteella korkean riskin henkilöt voidaan ohjata suoraan

glukoosirasitukseen pelkän paastoglukoosin asemesta ja sen jälkeen kokonaisvaltaiseen valtimotautiriskien arvioon. Paastoglukoosi voidaan jättää myös mittaamatta, koska sillä löydetään vain osa diabetestapauksista ja glukoosirasitusta suositetaan joka tapauksessa korkean riskin henkilöille.

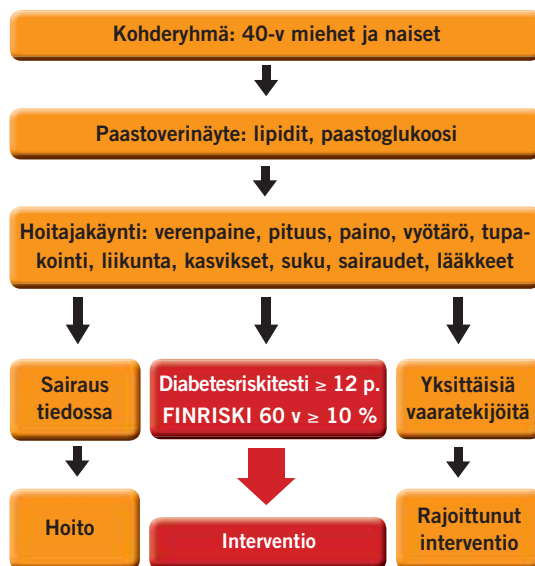
### Kenelle glukoosirasitus?

Jos paikalliset resurssit riittävät, on suositeltavaa tehdä glukoosirasitus niille, joiden paastoglukoosi on lievästi koholla, 6,0–6,9 mmol/l (Impaired Fasting Glucose, IFG) tai diabetesriskipisteitä on vähintään 12. Myös jo valtimotautia sairastaville suositetaan glukoosirasitusta, ellei sitä jo ole tehty.

### Mitä riskinarvion jälkeen?

Niille, joiden valtimotauti- tai diabetesriskipisteet ylittävät sovitut rajat, annetaan elintapaneuvontaa ja ohjataan erityistarpeiden mukaiseen jatkohoitoon (tupakasta vieroitukseen, painonhallintaryhmään, liikunta- palvelujen pariin, verenpaineen kotiseurantaan jne. paikallisen saatavuuden mukaan). Uusi riskinarvio sovitaan 3–6 kuukauden päähän. Osa jatkaa tämän jälkeen elintapahoidossa, osa ohjautuu yksilölliseen lääkeshoitoon ja lääkärin seurantaan.

Arviossa saattaa löytyä myös niitä, joiden valtimotauti on ennestään tiedossa. Heillä tarkistetaan, että hoidot toteutuvat asianmukaisesti. Löytyy myös henkilöitä, joiden riskipisterajat eivät ylity, mutta joilla on yksittäisiä riskitekijöitä (kolesterolin, verenpaine, tupakointi, ylipaino, glukoosihäiriö). Heille annetaan asianmukaista neuvontaa ja saatetaan seurannan ja hoidon piiriin yleisten periaatteiden mukaan.



Kuva 7. Riskinarvioinnin malli.

Pienen riskin henkilöitä kannustetaan edelleen terveellisiin elintapoihin hyvän tilanteen säilyttämiseksi.

### Riittävätkö resurssit?

Kuvat 7 ja 8 auttavat arvioimaan odotettavissa olevaa työmäärää. Jos käytetään FINRISKI-testiä ja pidetään rajana 60 vuoden ikään projisoitua 10 %:n sairastumisriskiä, 40-vuotisista miehistä noin joka kolmas on riskihenkilö, naisista vain 3,5 % (kuva 8). Naisten osalta tilannetta tasapainottaa vähintään 12 diabetesriskipistettä saavien osuus (kuva 9).

### Miten eteenpäin?

Kun riskiyksilöiden etsintä on päässyt käyntiin ja vakiintunut, toimintaa voidaan laajentaa. Kertaalleen testatut henkilöt voidaan ottaa uuteen arvioon esimerkiksi viiden vuoden välein.

Ikä:	Miehet $\geq 10$ pistettä		Naiset $\geq 10$ pistettä	
	Havaittu*	Oletus 60 v.**	Havaittu*	Oletus 60 v.**
30 v.	0,0 %	28,7 %	0,0 %	1,1 %
40 v.	0,0 %	35,4 %	0,0 %	3,5 %
50 v.	4,8 %	37,6 %	0,0 %	5,4 %
60 v.	50,3 %	50,3 %	9,8 %	9,8 %

Lähde: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

\* Havaittu: FINRISKI-laskurin pisteet laskettu henkilöiden oikeilla riskitekijäarvoilla ja oikealla iällä.

\*\* Oletus 60 v.: Pisteet laskettu henkilöiden oikeilla riskitekijäarvoilla, mutta ikä ekstrapoloitu 60-vuotiaaksi.

**Kuva 8. FINRISKI-laskurin pistetuloksia väestötutkimuksen mukaan.**

Ikä:	Miehet		Naiset	
	$\geq 12$ p.	$\geq 15$ p.	$\geq 12$ p.	$\geq 15$ p.
40 v.	9,5 %	0,9 %	15,6 %	6,1 %
50 v.	24,5 %	10,9 %	38,1 %	17,5 %
60 v.	46,8 %	30,1 %	48,8 %	27,1 %

Lähde: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

**Kuva 9. Diabetesriskitestin pistejakaumia väestötutkimuksen mukaan.**

Arvioon voidaan hakeutua oma-aloitteisesti. Tätä voidaan edistää suosittamalla viestimissä, apteekeissa ja terveydenhuollon yksiköissä oman riskin arviota mm. tupakoinnin ja ylipainon perusteella sekä suorittamalla diabetesriskitesti.

Riskinarvioon voidaan ohjata ihmisiä muista terveydenhuollon toimipisteistä tai

esimerkiksi sosiaalihuollon tai liikuntatoimen piiristä. Haastavin ryhmä ovat ne, joilla ei riitä voimavaroja terveytensä edistämiseen. Pitkän aikavälin tavoite on, että koko aikuisiän kattava terveystestien kartoitus tulee yhtä luontevaksi ja kattavaksi toiminnaksi kuin äitiys- ja lastenneuvolassa käynti nykyään.

## 4. Palvelu- ja hoitoketjut

### Terveiden edistämisen palveluketjut



Valtimoterveyden edistäminen on kokonaisvaltaista kuntalaisten hyvinvoinnin tukemista. Tähän työhön tarvitaan moniammatillista ja laajaa yhteistyötä yli hallintorajojen julkisten ja yksityisten tahojen sekä järjestöjen kesken. Laajimmillaan valtimoterveyden edistäminen ulottuu kunnassa koko hyvinvointipalvelujen kenttään.

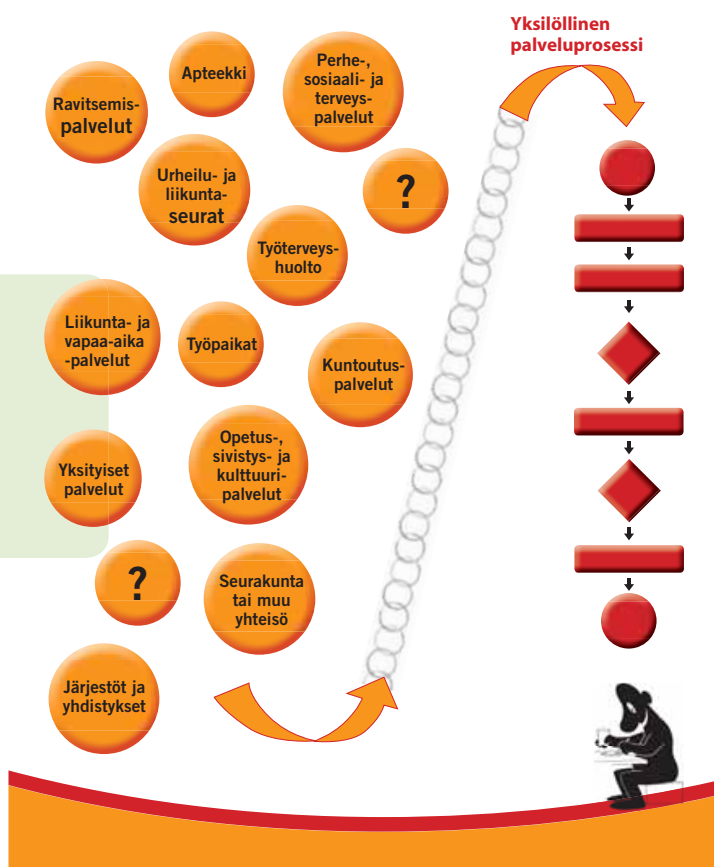
Yhteistyö eri toimijoiden kesken rakentaa asiakkaalle laajan palveluiden kokonaisuuden, palveluketjun.

Palveluketju kokoaa asiakkaan terveys-, ravitsemus- ja liikunta-palvelut sekä muut terveyttä ja hyvinvointia edistävät mahdollisuudet kokonaisuudeksi, vaikka palvelut tuotettaisiin eri organisaatioissa.

Palveluketjuun voi osallistua useita sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioita julkisella tai yksityisellä sektorilla, muiden sektorien organisaatioita kuten opilaitoksia ja mahdollisesti myös kolmannen sektorin toimijoita (kuva 10).

Keskeisenä palveluketjun tavoitteena on hyödyntää asiantuntijuutta tarkoituksenmukaisesti, poistaa päällekkäisyyksiä ja tuottaa palveluja asiakkaalle kustannustehokkaasti.

Palveluketju vakiintuu toimintamalliksi, kun toimijat tekevät suunnitelmallista yhteistyötä ja sitoutuvat yhdessä sovittuihin tavoitteisiin ja käytäntöihin. Tämä edellyttää kuitenkin sitä, että sekä eri toimijatahojen ammattilaiset että asiakkaat ovat tietoisia



Kuva 10. Toimijoiden ketjusta toimintamalliksi.

palveluketjusta, ymmärtävät palveluketjun merkityksen ja hyötyvät siitä. Palveluketjujen liittäminen palvelun tuottajan internet-sivuille edistää tiedonvälitystä.

## Miten palveluketjut rakennetaan?

Valtakunnalliset esimerkit ja kokemukset käytössä olevista palveluketjuista rohkaisevat palveluketjuja vasta suunnittelevia organisaatioita laatimaan omia palveluketjuja. Konkreettiset alueelliset mallit syntyvät yhteistyötä tekemällä sekä paikallisia käytäntöjä tutkimalla ja kehittämällä.

Kunnissa on tärkeää miettiä, mitä malleja ja millaista verkostoitumista valtimoterveyden tukemiseen on tarpeen muodostaa. Myös palvelujen kattavuus on tärkeä näkökohta. Toimivissa palveluverkostoissa hoitoa ja palveluita on tarjolla tasapuolisesti eri väestö- ja ikäryhmille, joten alueen väestöpohja on tarpeen ottaa huomioon.

Lisäksi on tarpeen tiedostaa, että yksilön elämänkaarella on tilanteita, jolloin hyötyterveyden edistämisen interventioista on erityisen suuri, kuten nuorilla ja lapsiperheillä. Tärkeää on myös kiinnittää huomiota tilanteisiin, joissa vaara pudota palveluketjuilta on todennäköistä työttömyyden, mielen-terveysongelmien tai eläkkeelle siirtymisen yhteydessä.

## Hoitoketjut terveydenhuollossa

Terveydenhuollon palvelujärjestelmä ja eri ammattiryhmät haastetaan tulevaisuudessa paitsi sisäiseen ja keskinäiseen yhteistyöhön myös yhä enemmän toiminnallisia rajoja ylittävään, ennaltaehkäisevään ja terveyttä edistävään yhteistyöhön.

Terveydenhuollossa on laadittu eri sairauksien hoidosta ja sairauksien ehkäisystä

valtakunnallisia hoito- ja toimentasuosituksia, esim. Käypä hoito -suosituksia. Hoitoketjut ovat hoitosuosituksen alueellisia tai seudullisia ja soveltavia toimintaohjeita. Päämääränä on yhtenäistää hoitokäytäntöjä sekä selkeyttää tutkimusten ja hoidon porrastusta.

**Hoitoketju** on yleensä diagnoosiperusteinen, tutkittuun tietoon perustuva, paikalliset olot huomioiva ja vaatimukset tunteva ohje.

Hoitoketjuja tekevät perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, kolmannen sektorin ja yksityissektorin osaajat tiiviissä ja moniammatillisessa yhteistyössä. Hoitoketjun tavoitteena on turvata asiakasnäkökulmasta asiakkaan hoidon tarkoituksenmukaisuus ja sujuvuus yli organisaatorajojen sekä eri ammattiryhmien kesken.

**Hoitopolku** on paikallinen toimintaohje, talon tapa, joka määrittelee työnjaon ja potilaan kulun organisaation sisällä toimijoiden välillä. Hoitopolku kertoo, mitä ja miten tehdään sekä kuka ja missä tekee.

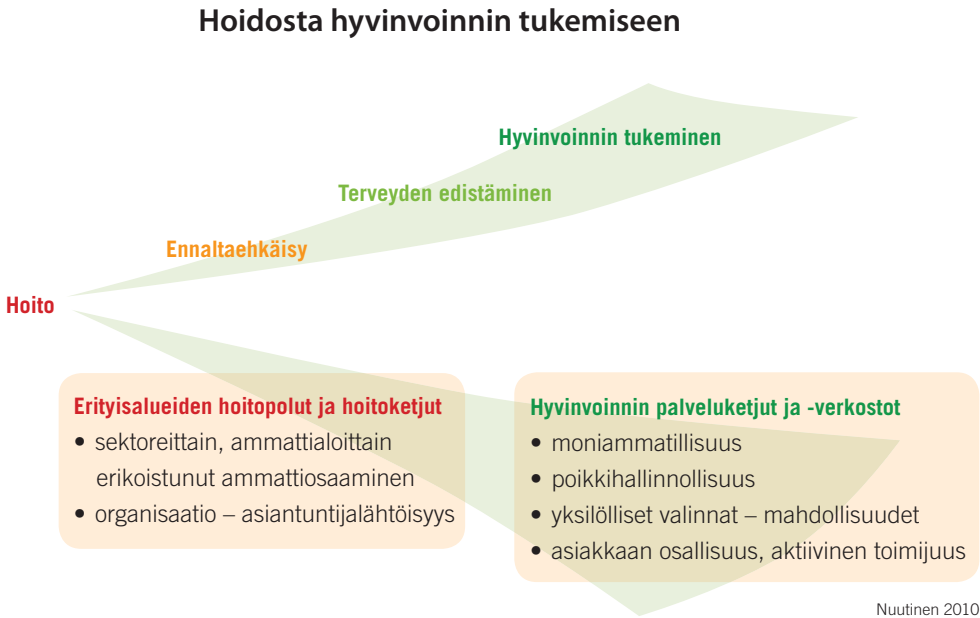
Hoitoketju ja hoitopolku määrittelevät myös asiakkaan palveluihin osallistuvien avainhenkilöiden tehtävät, esimerkiksi sairaalan, klinikan, kuntayhtymän tai terveyskeskuksen sisäiset, vakiintuneet toimintatavat (kuva 11).

Mitä enemmän sairauden hoidosta siirytään terveyden edistämiseen ja hyvinvoinnin tukemiseen, sitä laajemmaksi toimijoiden kirjo muodostuu. Tällöin verkostoitumisen ja yhteistyön tarve lisääntyy. Myös toimintatapojen ja -menetelmien kirjo kasvaa, koska painopiste siirtyy yhä enemmän kuntalaisten oman aktiivisuuden ja toimintamahdollisuuksien tukemiseen (kuva 12).

Valtimoterveyden edistäminen terveydenhuollon organisaatiossa			
TARVE	TAVOITE	KEINOT	KÄYTÄNTÖJEN VAKIINNUTTAMINEN
<ul style="list-style-type: none"><li>• Yhtenäinen toimintamalli asiakkaan valtimoterveyden edistämiseksi</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Yhtenäinen riskien arviointi</li><li>• Yhtenäiset toimintatavat koko organisaation sisällä</li><li>• Tieto muiden toimijoiden palveluista</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Työryhmät ja kokoukset</li><li>• Luodaan yhteinen kirjattu käytäntö</li><li>• Polun käyttöönotto: aktiivinen tiedotus, koulutus ja sopimus käytöstä</li><li>• Polun säännöllinen arviointi ja kehittäminen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Säännöllinen arviointi ja päivittäminen</li><li>• Hoitopolut, hoitoketjut ja palveluketjut osaksi työntekijöiden perehdytystä</li><li>• Päivityksistä ja uudistuksista säännöllisesti tiedotusta ja koulutusta</li></ul>

Toropainen 2010 mukaillen Mutka ja Peränen 2009

Kuva 11. Valtimoterveyden edistäminen terveydenhuollon organisaatiossa.



Nuutinen 2010

Kuva 12. Hoidosta hyvinvoinnin tukemiseen.

## Yhteistyön rakentaminen ja ylläpito

Yhteistyön tueksi kunnassa tarvitaan yhteisiä arvoja ja terveyden edistämisen poliittisia linjauksia. Nämä rakentavat toimijoille yhteistä tahtotilaa. Kun tarve palvelu- ja hoitoketjujen kehittämiseen tunnistetaan, on tärkeää katsastaa jo olemassa olevat ja toimivat käytännöt. Näistä lähtökohdista on hyvä vahvistaa ja laajentaa palvelu- ja hoitoketjuja.

Paikallisten palvelujen ja palveluketjun suunnitteluun tulee ottaa mukaan kaikki keskeiset toimijat. Monialaisuus ja moniammatillisuus tulee nähdä mahdollisuutena. Yhdessä tekeminen, eri osajien työn arvostaminen sekä johdon ja esimiesten tuki lisäävät hoito- ja palveluketjujen toimivuutta ja turvaavat käytäntöjen jatkuvuutta.

Palvelutarpeiden ja -tarjonnan arvioinnin jälkeen käynnistyy varsinainen kehittämistyö. Palveluketjun, sen vaiheet ja niihin

liittyvän työnjaot ja vastuut, muotoilee aluksi moniammatillinen toimijoista koostuva työryhmä, esimerkiksi **terveyden edistämisen työryhmä**. Kun ketjun muodot ja sisällöt on luotu, työryhmä sopii, kuka tai ketkä vastaavat kaikkia toimijoita koskevan ketjun toimeenpanosta, säännöllisestä seurannasta ja päivittämisestä.

Jotta palveluketju olisi aidosti toimijoiden arjen työkalu, sen hyödyistä ja käytön periaatteista on hyvä **tiedottaa** säännöllisesti monipuolisin keinoin. Kokoukset ja sähköisten viestimien käyttö edistävät toimintamallin käyttöä. Moniammatillinen alueellinen koulutus, osallistujakeskeiset ja vuorovaikutteiset työpajat ja työkäytäntöjen arviointi ja palaute puolestaan vahvistavat toimijoiden yhteistyötä sekä vakiinnuttavat ja laajentavat palveluketjun käyttöä.

Palveluketjun käyttöä ja käytön juurtumista arkityöhön tukee säännöllinen seuranta ja arviointi sekä niiden pohjalta palvelujen päivittäminen.

## Palveluketjun hyödyt asiakkaalle

### Yksilöllisyys ja käyttäjälähtöisyys

- palveluketju turvaa asiakkaan palveluprosessin
- asiakas on tietoinen palveluista, palveluketju ohjaa asiakasta palveluiden käytössä
- selkeä toimintamalli takaa tasa-arvoisen toimintatavan
- palvelu- ja toimijatiedot löytyvät helposti
- palveluja on joustavasti terveyden, toimintakyvyn ja asuinpaikan mukaan
- palvelut ovat niitä tarvitsevien saavutettavissa
- palvelut ovat laadukkaita, oikea-aikaisia ja riittäviä
- palvelut tukevat asiakkaan omaa aktiivisuutta ja voimavaroja

### Saumattomuus ja joustavuus

- palveluketju luo tarkoituksenmukaisia kokonaisuuksia erilaisista palveluista
- siirtyminen palvelusta toiseen on sujuvaa
- tiedonkulku on joustavaa ja esteetöntä
- päällekkäisyyksiltä ja viivytyksiltä vältetään
- palveluketjut ovat ”helppokulkuisia”, ja ne ohjaavat käytännön toimintaa
- tietojärjestelmät tukevat ketjun jatkuvuutta ja seuranta

## Palvelu- ja hoitoketjun hyödyt ammattilaiselle

### Yhtenäiset käytännöt

- ohjaavat suunnitelmalliseen ja pitkäjänteiseen toimintaan
- palvelevat arjen työssä
- vahvistavat sitoutumista ja kokemusta työn mielekkyydestä
- kannustavat asiakaslähtöiseen ja asiakasta aktivoivaan lähestymistapaan
- palvelevat kirjaamista (tietojärjestelmät, lähetteet), jatkuvuutta (jatkohoito) ja seurantaa (palaute)

### Yhteistyö eri toimijoiden kanssa

- helpottaa työtä ja tiedonkulkua
- täsmentää palveluja tuottavien tahojen keskinäistä työnjakoa
- auttaa järjestämään toisiaan täydentäviä palveluja (toinen jatkaa siitä, mihin toinen jää)
- selkeyttää työtä (asiakas on helppo opastaa palveluihin ja poluille)
- turvaa ajantasaisen tiedon saatavilla olevista palveluista
- helpottaa työnjakoa eri toimijatahojen välillä
- lisää tietoisuutta saatavilla olevista resursseista ja asiantuntijuudesta
- vahvistaa yhteisöllisyyden kokemusta

### Tehokas tiedonkulku

- vähentää organisaatioiden välisiä tietokatkoksia
- hyödyntää esimerkiksi sähköpostin, internetin, intran ja perinteisen postin mahdollisuuksia

## Hoitopolkujen ja palveluketjujen muistilista

### Ammattilaisten työn tueksi

- Onko yhteisistä toimintalinjoista ja käytännöistä sovittu?
- Onko polkujen ja ketjujen osien ja kokonaisuuden vastuista sovittu?
- Ovatko kaikki ketjuun liitetyt tahot olleet myös rakentamassa ketjua?
- Millä tarkkuudella palveluketju halutaan kuvata (esim. yhteystiedot)?
- Miten työntekijät perehdytään käytäntöihin?
- Ovatko toimintalinjat ja käytännöt niitä tarvitsevien tiedossa?
- Miten uudet työmuodot vakiinnutetaan osaksi pysyvää palvelukokonaisuutta?
- Miten käytäntöjä ylläpidetään ja seurataan?
- Miten yhteenvedot ja raportit käsitellään ja hyödynnetään, miten niistä opitaan?

### Asiakasta ajatellen

- Miten polkujen rakentamisella tuetaan asiakkaiden omaa aktiivisuutta?
- Onko ennaltaehkäisevä työ otettu huomioon?
- Miten yksilöohjauksen ja ryhmäohjauksen mahdollisuudet ja niiden optimaalinen käyttö on otettu huomioon?
- Miten sopeutumisvalmennus, kuntoutus, mielenterveys on otettu huomioon?
- Onko syrjäytymisen ehkäisy huomioitu polkuja rakennettaessa?
- Miten asiakas saa kontaktin polkuun?



## Suositukset:

1. Palvelu- ja hoitoketjut parantavat toiminnan laatua ja kustannustehokkuutta sekä estävät palvelujen päällekkäisyyksiä. Palveluketjut auttavat myös kehittämään uusia toimintamalleja, jotka vastaavat palvelujen tuottamisen muuttuviin tarpeisiin.
2. Palvelu- ja hoitoketjujen kehittämiseen tulee organisaatioissa nimetä vastuutaho tai henkilö, joka lisäksi koordinoi toimintaa. Käytännöt kirjataan selkeästi, yksiselitteisesti ja tiiviisti. Tiedonkulusta huolehditaan.
3. Käytäntöjen toimivuutta arvioidaan mittaamalla palvelun laatua ja vaikuttavuutta, keräämällä asiakaspalautetta ja arvioimalla asiakastytyvääisyyttä. Terveiden edistämisen toimijoiden mielipiteet polkujen ja ketjujen toimivuudesta otetaan huomioon säännöllisesti.
4. Palvelu- ja hoitoketjut tulee ottaa arjen työn välineiksi. Käytäntöjä päivittäviä koulutuksia tulee järjestää säännöllisesti ja huomioida uusien työntekijöiden perehdytys. Saatavilla tulee olla tukimateriaalia, esimerkiksi sähköinen käsikirja.
5. Avoin keskustelu sekä toimipaikan sisällä että eri toimipaikkojen välillä takaavat palvelu- ja hoitoketjujen toimivuuden ja säilymisen arjen työssä.

## 5. Elintapainterventiot



Interventioilla tuetaan asiakkaita tekemään terveyspäätöksiä ja elintapamuutoksia. Tieto valtimosairauksien riskeistä ei yksin kannusta tekemään tarvittavia elintapamuutoksia. Li-

säksi riskinarvioinnin ja interventioon osallistumisen välillä on liian usein kuilu.

**Interventio määritellään tässä ohjaukselliseksi väliintuloksi**, joka on elintapamuutoksia ja terveyttä tavoitteleva työmuoto, toimintamalli tai ohjauskäytäntö.

Interventio on käytetyn määritelmän mukaisesti paljon enemmän kuin tiedon jakamista suositusten mukaisesta terveystyöskäytännöstä. Interventioissa korostuvat ohjauksen suunnitelmallisuus, tavoitteellisuus sekä vuorovaikutuksellinen prosessiluonne.

Kun puhutaan ohjauksellisesta väliintulosta, on hyvä olla tietoinen myös sovellettavien ohjausmenetelmien teoreettisesta taustasta. Esimerkiksi intervention, joka perustuu muutosvalmiuden arviointiin, tulee sisältää myös kuvauksen siitä, miten käytännön ohjaustyössä muutosvaihetta arvioidaan ja miten muutosvaiheen tiedostaminen vaikuttaa ohjausprosessin kulkuun.

### Elintapoja joihin interventiolla pyritään vaikuttamaan

Painonhallinta, tupakointi, alkoholinkäyttö, liikuntatottumukset, ravitsemus, yleisimpien kansansairauksien ehkäisy ja hoito, stressinhallinta, unen laatu ja määrä, mielenterveyden tukeminen

Interventioita voidaan toteuttaa joko yksilö-, ryhmä- tai yhteisötasolla. Yhteisötason interventiosta esimerkkinä voidaan mainita työpaikat, koulut ja jopa lähiöt. Ryhmäohjaus toteutetaan yleisimmin perinteisin tavoin, mutta apuna voi myös käyttää tekniikan mahdollisuuksia. Esimerkiksi etäneuvonta videoneuvottelulaitteiden avulla ulottaa ohjauspalvelut syrjäisillekin alueille.

Yksilö- tai ryhmämuotoisen intervention valinnan tulisi perustua ohjauksellisiin ja asiakaslähtöisiin näkökulmiin. Pelkkä taloudellinen ja resurssipohjainen ohjausmuodon valinta johtaa usein epätarkoituksenmukaisiin ja tehottomiin interventioihin.

### D2D-hankkeen kokemuksia

Yksilöohjauksen kehittämisen puolesta puhuu Dehkon 2D -hankkeen tulos, jonka mukaan yli 60 % tyyppi 2 diabeteksen korkean riskin vuoksi tutkimusryhmään ohjatuista henkilöistä valitsi mieluummin yksilö- kuin ryhmäohjausintervention.

Ryhmäohjauksen valitsivat mieluiten 55–64-vuotiaat naiset.



Huomionarvoista on, että yksilö- ja ryhmätason interventiot täydentävät toisiaan. Usein tuloksekkainta on, jos interventioon sisältyy sekä yksilö- että ryhmäkohtaamisia. Esimerkiksi painonhallintaryhmään osallistuminen ei välttämättä vähennä yksilöohjauksen tarvetta, vaan jossakin tapauksissa molemmat työskentelytavat ovat perusteltuja. Tämä luonnollisesti nostaa yhden kokonaisintervention kustannuksia mutta samalla intervention vaikuttavuuden todennäköisyys kohoaa.

Ennen kuin elintapaohjaus voi tuottaa tulosta asiakkaan elintavoissa, tulee ohjausprosessin taustatekijöiden olla selkeitä. **Kunnan rakenteet, palveluketjut, hoitopolut ja suunnitelmallinen koulutus sekä moniammatillinen tiimityö** ovat keskeisiä onnistumisen avaintekijöitä.

Kuntapäätäjien, operatiivisen johdon ja moniammatillisen tiimin sitoutuminen yhteiseen tavoitteeseen ja toimintatapoihin on ensiarvoisen tärkeää.

Elintapainterventioiden **soveltaminen edellyttää** jatkuvaa **oman työn arviointia ja kehittämistä**. Interventioiden kehittämistä voidaan pitää **jatkuvana prosessina**, joka vaatii ohjaajien ja interventioiden suunnittelijoiden tietopohjan päivytystä, koulutusta sekä työnohjausta.

**Vinkki:** Kun terveyttä edistävää työtä arvioidaan, työn vaikuttavuuden ohella on hyödyllistä arvioida myös ohjausprosessia.



### Miten eri tason toimijoiden yhteistyö rakentuu?

Parhaimmillaan interventio perustuu moniammatilliseen yhteisöllisyyteen sekä eri toimialojen ja palveluntuottajien yhteistyöhön sekä

viestintään. Esimerkiksi liikunta- ja vapaa-ajantoimi sekä terveystoimi voivat yhdistää sivistystoimen kanssa voimansa kehittäessään varhaisen puuttumisen strategiaa.

Toimiva terveyden edistämisen kokonaisuus edellyttää moniammatillista yhteistyötä niin yksiköiden sisällä kuin myös eri toimintayksiköiden välillä. Yhteistyöstä rakentuu toimiva terveyden edistämisen kokonaisuus, kun kunkin tason toimija pyrkii kehittämään oman toimintaympäristönsä osa-alueita sekä arvioimaan omaa vastuualuettaan.

### 1. Ohjaajan muistilista:

- Olenko sitoutunut pitkäjänteiseen muutos-ohjaukseen?
- Koenko, että elintapaohjaus on osa perustyötäni?
- Osaanko olla asiakaslähtöinen?
- Miten arvioin tekijän muutosvalmiutta?
- Ovatko ohjauskäytännöt helppokäyttöisiä?
- Onko muutosohjaus tavoitteellista toimintaa, joka perustuu selkeästi kuvattuun työmuotoon?
- Sisältääkö muutosohjaus pitkäjänteisen seurannan sisältäen
  - asiakaspalautteen, joka kerätään suoraan ohjattavilta säännöllisin väliajoin
  - prosessiarvioinnin, jossa ohjaaja itse arvioi ja kehittää omaa ohjaustapaansa
  - vaikuttavuusarvioinnin, jonka avulla kerätään seurantatietoja ohjattavan edistymisestä sekä käytettyjen menetelmien tuloksellisuudesta?

2. Kehittäjän muistilista:

- Perustuvatko ohjauskäytännöt valtakunnallisiin suosituksiin ja tutkittuun tietoon?
- Onko interventioiden eri sovelluksissa otettu huomioon kohderyhmien tarpeet ja asiakkaiden ikäryhmät sekä keinot varhaisesta puuttumisesta toimintakykyä ylläpitävään toimintaan?
- Kehitetäänkö väliintuloja säännöllisesti kerättävien seurantatietojen pohjalta?
- Onko kehitetyssä mallissa kuvattu selkeästi toimijoiden välinen työnjako sekä tehtävät ohjausprosessin eri vaiheissa?
- Hyödynnetäänkö toteutuksessa poikkihallinnollista yhteistyötä?

3. Johdon muistilista:

- Ymmärretäänkö johdossa preventiivisen työn ja terveyden edistämisen käytännön tason vaatimukset?
- Onko resursseja varattu riittävästi interventioiden toteutukseen sekä seurannan, eri ammattiryhmien koulutuksen ja työohjauksen järjestämiseen?
- Seurataanko johdossa toteutusta ja sen vaikuttavuutta?

Yhteenveto

OHJAAJAN NÄKÖKULMASTA:	KEHITTÄJÄN NÄKÖKULMASTA:	JOHDON NÄKÖKULMASTA:
Ohjaaja on sitoutunut ja motivoitunut	Interventio pohjautuu valtakunnallisiin suosituksiin, tutkittuun tietoon tai kokemuksiin hyvistä käytännöistä	Johto on sitoutunut ja ymmärtää preventiivisen työn merkityksen
Interventio on osa perustyötä	Eri sovellutuksissa huomioidaan kohderyhmän tarpeet (ikäryhmät, toimintakyky jne.)	Interventio perustuu riittävään resursointiin ja yksittäisten ohjaajien työn mahdollistamiseen
Interventio on asiakaslähtöinen ja oikein ajoitettu	Interventiota kehitetään seurantatietojen perusteella	Johto seuraa intervention toteutusta sekä vaikuttavuutta
Interventio on helppokäyttöinen ja ohjaajan työtä helpottava	Toteutus perustuu strukturoiduun malliin, jossa on konkreettisesti kuvattu intervention edellyttämä työnjako ja tehtävät	
Interventio sisältää selkeästi kuvatut ja realistiset tavoitteet sekä käytännön toteutustavan	Interventiossa hyödynnetään poikkihallinnollista yhteistyötä eri toimialojen sekä palveluntuottajien kesken	
Interventio sisältää pitkäjänteisen seurannan: <ul style="list-style-type: none"><li>• asiakaspalaute</li><li>• prosessiarviointi</li><li>• vaikuttavuusarviointi</li></ul>		

Kuva 13. Toimivan ja kehityskelpoisen intervention tunnusmerkit.

## 6. Toimijoiden koulutus

Valtimosairauksien ehkäisy, terveyttä edistävien elintapojen tukeminen ja moniammatillisen yhteistyön tarve eri terveyden edistämisen toimijoiden kanssa korostuu yhä enemmän. Työtapojen ja toimintakulttuurin kehittäminen vaatii kouluttautumista sekä yksilö- että yhteisötasolla. Kouluttautumisen avulla luodaan yhteisölle yhdessä sovitut toimintatavat ja rakenteet.

Yhteisöllinen koulutus kehittää yhteistä tietoperustaa ja toimintatapoja. Valtimo-terveyden edistämisessä tarvitaan yksilö- ja ryhmäohjaustaitoja sekä tietoa terveystyöskäytännöistä ja sen muutoksista; liikunnasta, terveellisestä ravitsemuksesta, painonhallinnasta sekä mielenterveyden ja päihteiden käytön ennaltaehkäisystä ja hoidosta.

Täydennyskoulutuksen mahdollistaminen on välttämätön osa onnistunutta terveyden edistämisen johtamista ja koordinoitua. Koulutuksen avulla luodaan toimivan riskinarvioinnin ja intervention edellytyksiä.

Täydennyskoulutus on myös toimivien hoitopolkujen ja palveluketjujen sekä taroituksenmukaisten terveydenhuollon rakenteiden luomisen perusta.

Täydennyskoulutuksen tavoite on henkilöstön ammattitaidon ylläpitäminen, kehittämisen ja syventäminen. Koulutuksen tulisi perustua työntekijän ja työyksikön osaamisen arviointiin ja toisaalta organisaation perustehtävään ja toiminnan kehittämiseen.

Täydennyskoulutus parantaa toiminnan vaikuttavuutta, palveluiden laatua, asiakasturvallisuutta ja -tyytyväisyyttä sekä edistää henkilöstön työhön sitoutumista, työmotivaatiota ja työhyvinvointia.

### **Täydennyskoulutuksen määritelmä:**

Alan ammattitaidon hankkineille järjestettyä, ammattia tukevaa, suunnitelmallista, tarvelähtöistä, lyhyt- tai pitkäkestoista koulutusta, jonka tarkoituksena on ylläpitää, ajan tasaistaa ja lisätä työntekijän ammattitaitoa ja osaamista välittömässä ja välillisessä työssä potilaiden ja asiakkaiden kanssa

Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus STM 2004

Täydennyskoulutusta voidaan toteuttaa yksilön, työyksikön ja toimintayksikön tasolla, ammattiryhmittäin sekä alueellisessa ja seudullisessa yhteistyössä. Täydennyskoulutuksen mahdollistamisen ja rahoittamisen vastuu on pääosin työnantajalla. Laki terveydenhuollon ammattilaisista velvoittaa puolestaan ammattihenkilön kehittämään ja pitämään yllä ammattitaitoansa. Työntekijän tulisi nähdä oma toimintansa osana koko organisaation perustehtävää ja asiakkaan palveluketjua. Työntekijälle tulisi luoda mahdollisuudet sekä oman täydennyskoulutustarpeensa arviointiin että osallistumismahdollisuuteen omaa työtään ja samalla organisaatiota kehittävään täydennyskoulutukseen.

### Täydennyskoulutukseksi määritellään:

- lyhyt- ja pitkäkestoinen alueellinen ja sisäinen koulutus
- työyksiköiden toimipaikkakoulutus
- asiantuntijoiden, asiantuntijaryhmien ja toimikuntien koulutus
- terveydenhuoltoa koskeva koulutus
- luottamus- ja työsuojelu- ja yhteistointakoulutus
- ulkopuolinen koulutus
- hankkeet, mikäli niihin liittyy koulutuksellisia osioita
- oppisopimuskoulutus
- verkko-opetus
- etäopiskelu
- omaehtoinen opiskelu soveltuvin osin
- muu osaamisen kehittämistä tukeva toiminta esim. työkierto

Suunnitelmallisuus, seuranta, arviointi ja yhteisöllisyys lisäävät koulutuksen vaikuttavuutta. Vaikuttavan koulutuksen suunnittelu edellyttää kokonaisarviointia työyksikön osaamisen tarpeista niin lyhyellä kuin pitkällä tähtäimellä. Tähän tarpeeseen on kehitetty muun muassa Terveydenhuollon Diabetesosaamiskartta eli TeDika (sivu 53), jonka avulla niin yksittäinen työntekijä kuin koko työyhteisö voi arvioida osaamisen kehittämistarpeitaan.

Kun kehittämiskohteet on määritelty, on aika pohtia koulutuksen kosketuspintaa ja ajoitusta. Kosketuspinnan osalta tulee päättää, kohdennetaanko koulutus yksittäisille työntekijöille, osalle työyksikön työntekijöistä vai koko työyksikölle. Samoin tulee pohtia, suunnataanko koulutus ammattiryhmäkohtaisesti vai moniammatillisesti. Valtimoterveyden edistämisessä olisi tärkeää, että koulutus suunnattaisiin mahdolli-

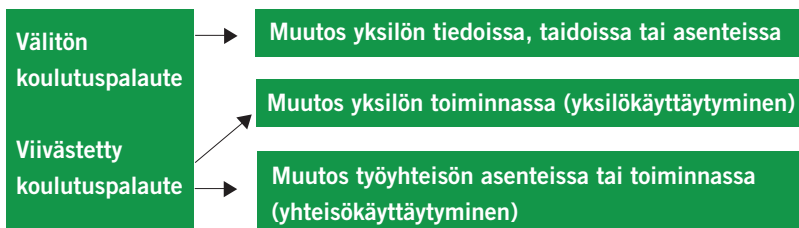
simman kattavasti ja moniammatillisesti. Tämä mahdollistaa yhteiset tavoitteet, yhteisesti sovittujen käytäntöjen toimivuuden sekä niihin sitoutumisen.

### Esimerkkejä vaikuttavan koulutuksen tunnusmerkeistä:

1. Koulutuksen tarve ja ajoitus ovat oikeita
2. Koulutus on suunnitelmallista
3. Koulutukseen osallistumista arvostetaan ja siihen sitoudutaan (johto ja toimijat)
4. Koulutuksen tavoitteet ja koulutuksen jälkeiset odotukset ovat kaikille selvät
5. Koulutuksen sisällöt ovat mielekkäitä ja ne ovat hyödynnettävissä arjen työhön
6. Koulutus on yhteisöllistä; työyksikön tai tiimin osallistuminen samaan koulutukseen tuottaa hyvän lähtökohdan yhdenmukaisiin tavoitteisiin, lähestymistapoihin ja keinoihin
7. Koulutus on osallistavaa, käytännönläheistä ja toimintaan aktivoivaa esim., learning by doing -koulutus, ongelmalähtöinen koulutus (PBL), asiakastapauksia analysoiva koulutus (case)
8. Koulutuksessa hyödynnetään osallistujien moniammatillisuutta
9. Koulutus on poikkihallinnollista ja yhteistyöhön saattavaa
10. Täydennyskoulutusta järjestetään toiminnallisiin kokonaisuuksiin ja hoito- ja palveluketjuihin pohjautuvassa alueellisessa ja seudullisessa yhteistyössä.
11. Koulutusta arvioidaan välittömän palautteen lisäksi myös viivästetyllä palautteella
12. Koulutus tuottaa muutosta

Koulutuksen tuloksellisuutta ei voida mitata taloudellisilla näkökohdilla eikä myöskään välittömällä koulutuspalautteella. Vaikuttavuuteen liittyy aina laadullinen näkökulma,

## Koulutuksen arvioinnin kohdemahdollisuudet



jota voidaan arvioida muun muassa toiminnan muutoksella, työn mielekkyyden kokemuksen muutoksella ja toiminnan kehittymisenä. Vaikuttavan koulutuksen tulokset kanavoituvat yksilön ja työyhteisön kautta asiakastyön laatuun.

## Koulutusmenetelmien valinnasta ja vaikuttavuudesta

Hakevalla toiminnalla tarkoitetaan toimijoiden tietoisuuden lisäämistä koulutusmahdollisuuksista ja koulutusten järjestämistä kohderyhmän, sekä yksilön että työyhteisön, tarpeiden pohjalta:

- tarvitaan toimijoiden kuulemista osaamistarpeista
- tarvitaan sekä valmiita että räätälöityjä koulutuksia
- tarvitaan tiedottamista koulutuksista
- tarvitaan resursseja koulutuksen järjestämiseen ja osallistumiseen.

Henkilöstön ammattitaidon ylläpitäminen ja kehittäminen on perinteisesti pohjautunut koulutukseen ja kursseille osallistumiseen. Täydennyskoulutuksessa tulisi hyödyntää myös uusia koulutuksen järjestämisen muotoja, kuten videovälitteisiä koulutuksia ja verkko-oppimista. Verkko-opetusta voidaan hyödyntää täydennyskoulutuksen toteutuksessa esimerkiksi lähiopetuksen tukena, monimuoto-opetuksessa tai toteuttaa täydennyskoulutus täysin virtuaaliopiskeluna.

Tieto- ja viestintätekniikkaa hyödyntävien koulutuksien etuina ovat niiden saatavuus ja toistettavuuden mahdollisuus. Täydennyskoulutuksen verkkoratkaisut on mahdollista toteuttaa yksilöllisten koulutus- tarpeiden, koulutettavien ammattiryhmien ja työyksiköiden lähtökohdista käsin kehitäten samalla kokonaisvaltaisesti organisaation osaamista ja toimintatapoja.

## Suosituksset

- Koulutukseen tulee suhtautua myönteisesti ja koulutukseen osoittaa riittävät voimavarat.
- Koulutus muodostaa suunnitelmallisen kokonaisuuden ja sitä kehitetään sekä välittömän että viivästetyn arvioinnin pohjalta.
- Koulutus ei pohjaudu ainoastaan yksilöiden tietojen ja taitojen lisäämiseen, vaan koko työyksikön osaamisen kehittämiseen.
- Koulutuksen suunnittelussa on hyvä huomioida nykyaikaisten opetusmenetelmien kuten verkon ja sosiaalisen median suomat mahdollisuudet.

### Koulutuksen tarkistuslista

#### Vastuu, organisointi, resursointi

Onko organisaation johto turvannut koulutuksen resursoinnin ja kannustaako se henkilökuntaa hankkimaan uusia tietoja ja taitoja? Kehitetäänkö osaamista sekä yksilö- että organisaatiotasolla, kokonaisuutena koko työyksikön osaamisen kannalta?

#### Ketä koulutetaan?

Onko huomioitu työyksiköt, tiimit, moniammatillisuus, eri toimijat ja verkostoitumisen tukeminen?

#### Onko kartoitettu olemassa olevaa osaamista yksilö- ja yhteisötasolla?

Välineitä: osaamiskartat, koulutustarjottimet, tietopainotteinen koulutus, ohjauskoulutus, työn kehittämiseen liittyvä koulutus

#### Osuuko koulutus todettuihin tarpeisiin?

Osaaminen, työn kehittäminen, menetelmien käyttöönotto

#### Ovatko koulutusmenetelmät tarkoitukseen sopivia?

#### Arvioidaanko koulutusta järjestelmällisesti ja hyödynnetäänkö arvioinnin tuloksia tulevan koulutuksen kannalta?

Koulutusten ja koulutustarpeen jatkuva arviointi  
Oppiminen on prosessi



## 7. Toimintamallien esittelyjä



Seuraavassa esitellään Suomen kansallisen diabetesohjelman Dehkon 2D -hankkeen (D2D:n) ja Suomalaisen Sydänohjelman piirissä kehitettyjä interventiomalleja elämänsä eri vaiheisiin.

Lisää malleja ja tässä esiteltujen mallien tarkempia kuvauksia on luettavissa osoitteessa [www.diabetes.fi](http://www.diabetes.fi), Valtimoterveyttä kaikille -projekti.

### Palvelu- ja hoitoketjut:

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn hoitopolkujen kehittäminen Siilinjärven ja Maaningan terveydenhuollon kuntayhtymässä, D2D-peli ja hoitopolkujen kertausharjoitus (PSSHP).

Hankkeessa kuvattiin tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn prosessit ja vahvistettiin olemassa olevat hoitopolut. Uudet hoitopolut luotiin erityisesti **raskausdiabeetikoille** ja **mielenterveyspotilaille**. Tavoitteena oli pysyvä toiminnan muutos työyhteisössä ottaen huomioon käytettävissä olevat resurssit.

Hoitopolut luotiin ja kuvattiin toimintayksiköiden sisältä käsin valittujen ”tähtipelaajien” ohjaamina mallintaan ehkäisy **D2D-pelin** avulla. Uudet hoitopolut ovat olleet käytössä vuoden 2007 alusta alkaen yhdeksässä eri yksikössä: mielenterveystyössä, lääkärin ja omahoitajien vastaanotolla, työterveyshuollossa, äitiysneuvolassa, lastenneuvolassa, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa, fysioterapiassa sekä diabeteshoitajien ja terveydenhoitajien vastaanotolla.

Polkujen vakiinnuttamiseksi on järjestetty hoitopolkujen kertausharjoituspäiviä, joi-

hin yksiköiden työntekijät osallistuivat non stop -periaatteella oman työnsä lomassa. Yli 90 % toimintayksiköiden työntekijöistä kävi kertausharjoituksissa.

Asiantuntijoina kertauspäivissä toimivat yksiköiden diabeteshoitaja ja diabetesvas-tuulääkäri, jotka muokkasivat hoitopolkuja saadun palautteen perusteella. Arvioinnin perusteella havaittiin seuraavia toiminnan muutoksia: Toimenpiteet on kohdistettu aikaisempaa paremmin oikeaan ryhmään, korkean riskin henkilöihin. Yhteistyö on käytännössä toiminut diabeteshoitajien, fysioterapeuttien ja ravitsemusterapeutin välillä, orastavasti myös suhteessa talon ulkopuolisiin toimijoihin. Lyhytkestoisten omahoitoryhmien malli on kehitetty, sisältö yhtenäistetty ja kuvattu, ohjaajia koulutettu. Eri yksiköiden edustajista koostuva vastuutyöryhmä toimii ja se laajennetaan jatkossa valtimotautien vastuutyöryhmäksi.

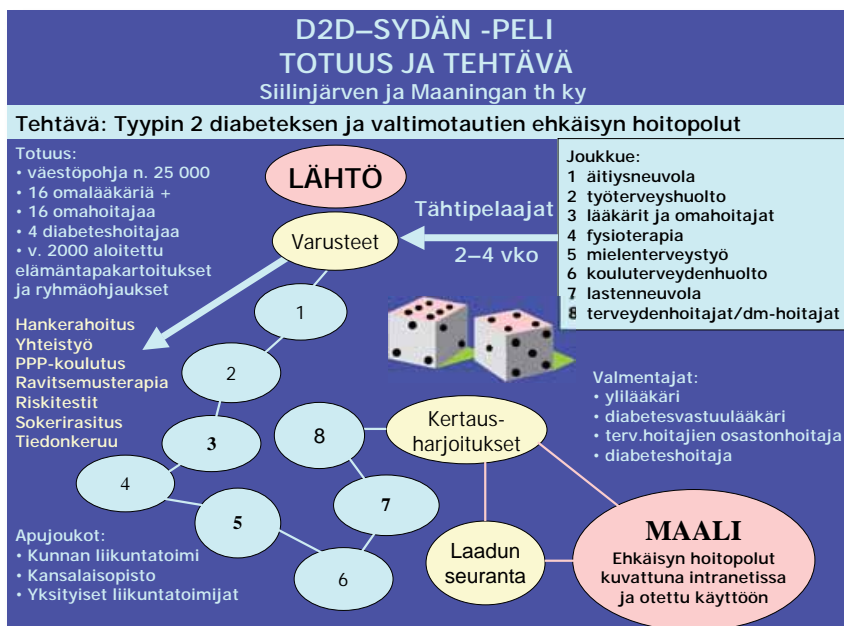
Tietoisuus diabeteksen ehkäisystä on levinnyt koko taloon ja potilaiden keskuuteen. Toimintaa kehitetään edelleen. Ohjausresurssit huomioiden korkean riskin hen-

kilöitä on saatava aikaisempaa enemmän osallistumaan ryhmäohjauksiin. Puutteellinen osallistuminen voi liittyä siihen, että ryhmäohjausta on tarjottu yksilöohjauksen lisänä eikä asemasta.

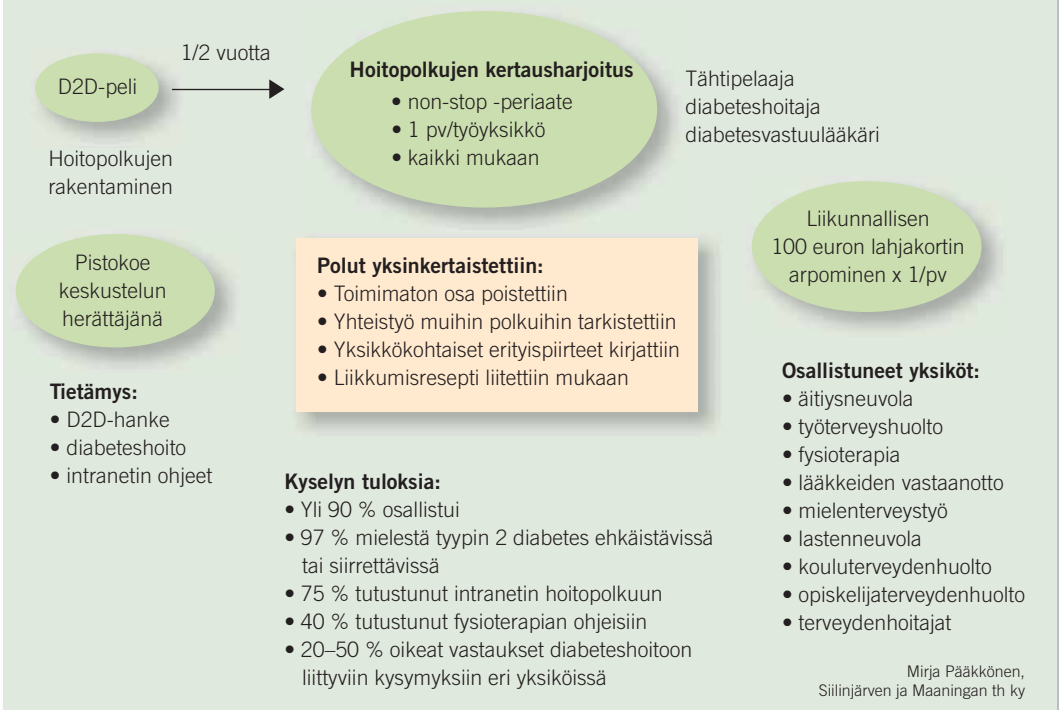
Ryhmäohjauksen tulosten ja vaikuttavuuden indikaattorien kerääminen tulisi ottaa osaksi jokapäiväistä työtä, jolloin se vie pienemmän osan työntekijän ajasta ja moti-

voi laatutyöhön paremmin kuin jälkikäteen vuosittain tehtävä keräys. Kertausharjoituksia tarvitaan edelleen hoitopolkujen vakiinnuttamiseksi.

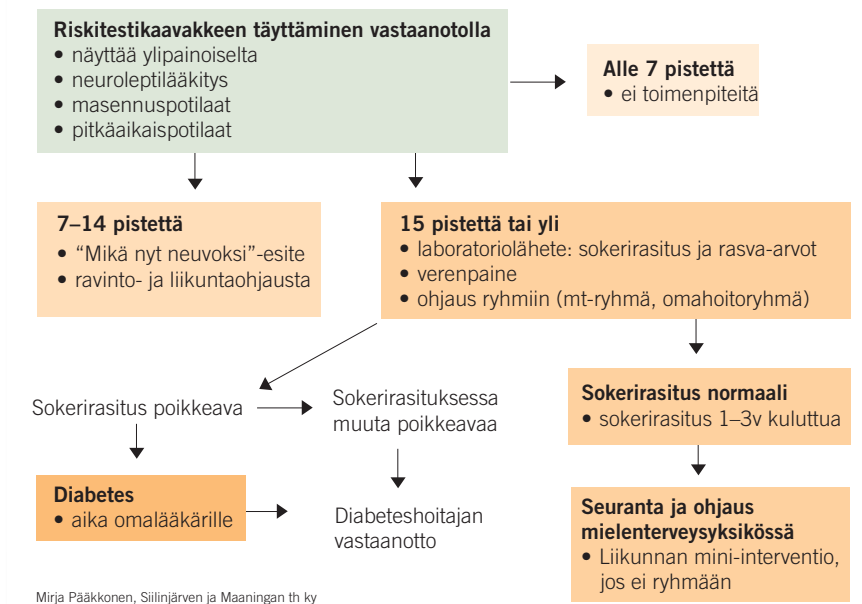
LL Mirja Pääkkönen  
Osastonhoitaja Hilja Ryyänen  
Terveystenhoitaja Sari Nurmenniemi  
Ylilääkäri Martti Pärnänen  
Siilinjärven ja Maaningan th ky



## Hoitopolkujen kertausharjoitus



## Mielenterveystyön diabeteksen ehkäisyn hoitopolku



## Reilusti ylipainoisen lapsen perheen hoitopolku

Vaikea ylipaino havaitaan hoitajan määrääikaistarkastuksessa

Verenpaine > 115/75mmHg > Seuranta

> 4-vuotias lapsi: Verikokeet: kolesterolit

Hoitopolusta informointi  
Findrisc-testi vanhemmille

### Lääkärin vastaanotto 1 kk kuluttua:

- Verikokeiden tulokset
- Vanhempien riskitekijät
- Vanhempien resurssit, motivaatio, tiedot ja keinot perheen yhteisen haasteen edessä

Ravitsemusterapeutin ja fysioterapeutin konsultaatio tarvittaessa

### Hoitajan vastaanotto 2 kk kuluttua:

- Motivaatio tiimityöhön
- Perheen elämäntapaneuvonta: "Pieni päätös päivässä" -periaate

### Toinen käynti hoitajalla 6 kk kuluttua

- Rohkaisu terveellisiin elämäntapoihin
- Perheen tarpeiden kuuntelu
- Lapsen kasvu
- Seurannasta sopiminen

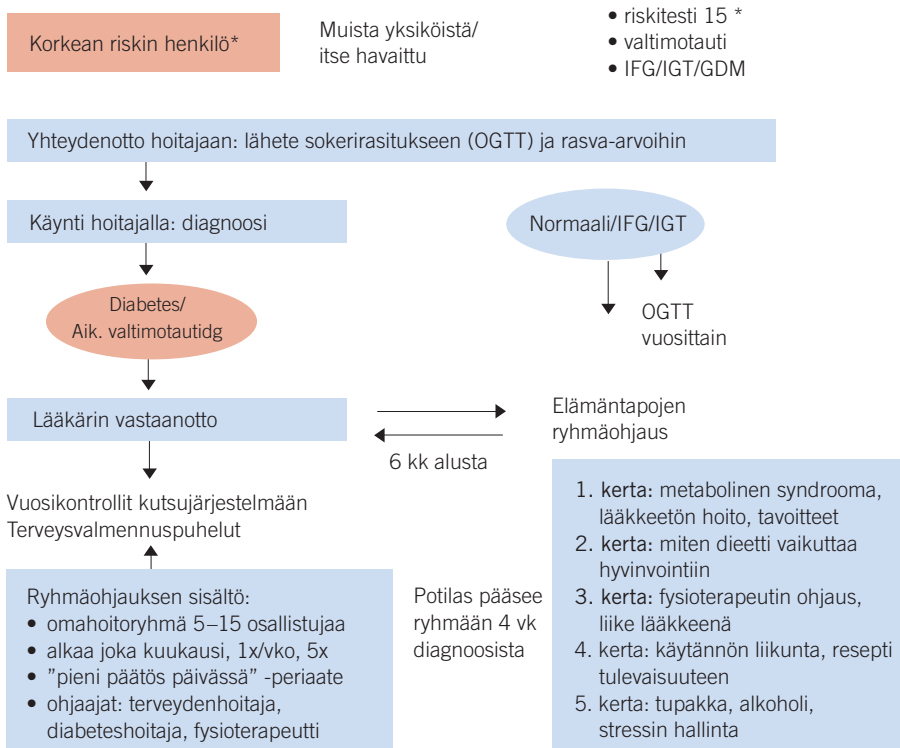
Ruokapäiväkirja  
Liikuntapäiväkirja

Liikkumisresepti

Perheen omahoitoryhmät  
kansalaisopistossa

Mirja Pääkkönen,  
Siilinjärven ja Maaningan th ky

## Poliklinikan diabeteksen hoitopolku



Mirja Paakkonen, Siilinjärven ja Maaningan th ky

## Tyypin 2 diabeteksen varhaisen diagnoosin ja hoidon strategia terveyskeskuksessa: Poliklinikan hoitopolku

Kun tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn vastuu ja alkuvaiheen seulonta pyritään levittämään koko taloon, päädytään tilanteeseen, jossa muista yksiköistä ohjataan poliklinikalle suuri joukko korkean riskin potilaita sekä juuri diagnostisoituja diabeetikkoja. He tarvitsevat nopeasti elämäntapaohjausta ja hoitoa. Toimintaa olisikin muutettava siten, että pystyttäisiin kohtaamaan aikaisempaa oleellisesti suurempi potilasmäärä. Tätä varten poliklinikalle pyrittiin rakentamaan yksinkertainen hoitopolku.

Omalääkärien ja omahoitajien työyksiköstä valittu "tähtipelaaja" rakensi hoitopolun

yhdessä muiden työntekijöiden kanssa.

Puolen vuoden käytön jälkeen hoitopolkuun tehtiin tarvittavat muutokset järjestetyssä kertausharjoituspäivässä saadun palautteen perusteella.

Poliklinikan hoitopolussa korkean riskin henkilö ohjautuu ensin hoitajan vastaanotolle, jolloin lyhyen elämäntapojen kartoituksen ja intervention jälkeen tehdään lähete sokerirasitukseen, ellei sitä ole muualta käsin tehty. Hoitaja tulkitsee kokeen tuloksen ja lähettää potilaan eteenpäin lyhytkestoiseen elämäntapojen omahoitoryhmään, jossa potilas aloittaa noin neljän viikon kuluttua ensimmäisestä

yhteydenotosta. Jos sokerirasituksessa ei todeta diabetesta, se toistetaan 1–3 vuoden välein. Jos diabetes diagnositoidaan, potilas ohjataan lääkärin vastaanotolle noin viikon sisällä.

Diabeetikot löydetään aikaisempaa varhaisemmassa vaiheessa käyttämällä sokerirasitusta. Myös prediabeetikot lähetetään elämäntapaohjaukseen. Edelleen suuri osa korkean riskin henkilöistä on päätynt yksilöohjaukseen diabeteshoitajille. Tulevaisuudessa onkin haasteena saada enemmän potilaita osallistumaan polun mukaisiin

omahoitoryhmiin. Omahoitoryhmien tulosten seuraamiseksi tarvitaan järjestelmä, sillä indikaattoreiden tarkastelu ryhmiin osallistuneilta jälkikäteen osoittautui huomattavan työlääksi. Lääkärin vuosikontrolleissa ollaan pilotoimassa atk-pohjaista kutsujärjestelmää kahden omalääkärin alueella. Riskitestin käyttöä tullaan jatkossa korostamaan myös poliklinikan omana toimintana, jolloin sitä suositellaan käytettäväksi ylipainoisille henkilöille.

Osastonhoitaja Kati Kantanen, sairaanhoitaja Eini Rautiainen, lääkäri Mirja Pääkkönen, ylilääkäri Martti Pärnänen, Siilinjärven ja Maaningan terveydenhuollon kuntayhtymä Kati Kantanen, osastonhoitaja, Siilinjärven ja Maaningan terveydenhuollon kuntayhtymä

## Raskausdiabeetikoiden seuranta neuvolassa raskauden jälkeen

Valkeakosken sosiaali- ja terveyskeskuksessa on kehitetty diabeetikoiden ja suuressa sairastumisvaarassa olevien asiakkaiden hoitopolkuja selkeyttämään työnjakoa ja turvaamaan hoidon jatkuvuus. Raskausdiabeetikot saavat raskauden aikana ohjausta ja terveydentilaa seurataan äitiysneuvolakäyntien yhteydessä. Aiemman hoitokäytännön mukaan seurantakäynnit siirtyivät raskauden jälkeen avosairaanhoitoon. Käytännön työssä huomattiin, että raskauden jälkeinen seuranta kuitenkin helposti unohtui jopa useiksi vuosiksi. Raskausdiabeetikot eivät oma-aloitteisesti ottaneet yhteyttä jatkohoitopaikkaan, vaikka seurannan merkitystä ohjauksessa korostettiin. Työterveyshuollon terveystarkastuksetkaan eivät tavoittaneet kaikkia.

Raskausdiabeetikoiden hoitopolkua kehitti työryhmä, jossa oli kolme terveydenhoitajaa äitiys- ja lastenneuvolasta, vastaava terveydenhoitaja, osastonhoitaja avosairaanhoidosta, kaksi diabeteshoitajaa ja ravitsemusterapeutti. Lastenneuvolakäyn-

nit todettiin luontevaksi kontaktiksi huolehtia myös raskausdiabeetikoiden jatkoseurannasta. Hankkeen edetessä todettiin, että viimeiseksi seurantakäynniksi suunniteltu nelivuotisneuvolakäynti on liian täynnä muuta asiaa. Toisaalta äitiysneuvolan terveydenhoitajat pitivät tärkeänä raskausdiabeetikoiden hoidon jatkuvuutta. Näistä syistä päädyttiin siihen, että raskausdiabeetikot kutsutaan erikseen terveystarkastukseen äitiysneuvolaan neljän vuoden kuluttua synnytyksestä. Tämän jälkeen seuranta siirtyy avosairaanhoitoon.

Työryhmä laati hoitohenkilökunnalle kirjallisen hoitopolkuohjeen, raskausdiabeetikoille kutsukirjeen äitiysneuvolan terveystarkastukseen sekä lapsen neuvolakortin väliin mahtuvan muistilapun seurantakäynneistä.

Raskausdiabeetikoiden seuranta neuvolassa raskauden jälkeen onnistuu ja kannattaa. Raskausdiabeetikot tavoitetaan hyvin, riskitekijät tunnistetaan varhain ja neuvolan antama ohjaus vaikuttaa äidin lisäksi koko perheen terveystottumuksiin ja hyvinvointiin.

**Raskausdiabeetikon hoitopolku****RASKAUDEN AIKANA**

Seuranta äitiysneuvolakäyntien yhteydessä

**RASKAUDEN JÄLKEEN**

Seuranta lastenneuvolakäyntien yhteydessä

1 kk   6 kk   1 v.   2 v.   3 v.

**RASKAUDEN AIKANA**

Terveystarkastus äiysneuvolassa

4 vuotta synnytyksestä

**JATKOSEURANTA**Omahoitajan vastaanotolla 1–3  
vuoden välein

Ravitsemusterapeutti  
Marjukka Lauhkonen,  
terveydenhoitaja Merja Ojanen  
terveydenhoitaja Kirsi Salminen  
Valkeakoski

**Alueellinen diabeteshoitomalli Dilli**

DILLI-hanke (2006–2008) oli Ylä-Pirkanmaan perusterveydenhuollon diabeteshoidon kehittämishanke, jonka sijoittui D2D-hankkeen varhaisen diagnoosin ja hoidon strategiaan. Hankkeen kaikkien tavoitteiden päämääränä oli ehkäistä tyypin 2 diabeteksen liittyvien lisäsairauksien ilmaantumista. Hankkeen aikana tähän pyrittiin uusilla työjärjestelyillä hoito-organisaatiossa, löytämällä tyypin 2 diabeetikot varhaisessa vaiheessa, varmistamalla heidän varhainen hoito ja hoidonohjaus, tunnistamalla lisäsairauksien riskitekijät sairauden varhaisessa vaiheessa ja tehostamalla hoitoa lisäsairauksien ilmaantumisessa sekä varmistamalla hoitohenkilökunnan riittävä diabetesosaaminen. Hankkeen tulosten myötä myös moniammatillinen yhteistyö diabeetikoiden hoidossa mahdollistuu uusien

jalkaterapeutin ja ravitsemusterapeutin toimien myötä. Yhtenä hankkeen tuloksena syntyi Alueellinen diabeteshoitomalli perusterveydenhuoltoon.

Hankkeen alussa tehtiin lähtötilanteen kartoitus, jonka avulla pyrittiin selvittämään diabeetikoiden hoitoon käytössä olevat resurssit, aikaisemmat hoitokäytännöt, vuosina 2004 ja 2005 diagnosoitujen tyypin 2 diabeetikoiden diabetesseurannan ja hoidon toteutuminen sekä hoitotulokset 1. ja 2. hoitovuotena. Näiden avulla tunnistettiin ongelmakohdat ja vastaavasti ne asiat, jotka jo toimivat hyvin. Alueellinen diabeteshoitomalli syntyi osittain diabeteksen ehkäisyn ja hoidon erikoistumiskoulutuksen kehittämistyön tuloksena.

Alueellisen diabeteshoitomallin perustana on vuonna 2007 ilmestynyt Diabeteksen Käypä hoito -suositukset sekä Käypä hoito -suositukset nefropatian, retinopatian ja kohonneen verenpaineen hoidosta. Erikoissairaanhoidon kanssa käytiin neuvotteluja hoidon porrastukseen ja lähettämiskriteereihin liittyvissä asioissa lisäsairauksien ilmaantumisessa.

Alueellinen diabeteshoitomalli on Ylä-Pirkanmaan perusterveydenhuoltoon tehty hoitomalli aikuisten tyyppin 1 ja tyyppin 2 diabeetikoiden hoitoon. Hoitomallissa on haluttu korostaa erityisesti sitä, että diabetesdiagnoosi tehtäisiin heti kun diabeteskriteerit täyttyvät ja diabeetikot ohjattaisiin varhaisen hoidon piiriin. Hoitomalliin tehtiin nonstop-periaatteella toimiva viiden tapaamiskerran ryhmäohjausmalli tyyppin 2 diabeetikoiden alkuohjaukseen. Ravitsemusterapeutit olivat suunnittelemassa ja toteuttamassa ryhmäohjauksen kahta tapaamiskertaa, joissa aiheena

on diabeetikon ruokavalio. Alueellisessa diabeteshoitomallissa on erityisesti nostettu esiin lisäsairauksien seulonta ja hoidon tehostamisen lisäsairauksien ilmaantuessa. Alueellisen diabeteshoitomallin liitettiin diabeetikoiden hoidon laadun seuranta, joka tehdään vuosittain diabeteshoitajien toimesta.

Ylä-Pirkanmaan kuntien perusterveydenhuollossa on ollut alueellisia eroja diabeetikoiden hoidon toteuttamisessa. Alueellisen diabeteshoitomallin avulla on pyritty turvaamaan diabeetikoille samanarvoinen hoito hoitopaikasta riippumatta. Hoitomallin avulla on hoitoorganisaation sisällä voitu sopia tehtäväjaosta ja vastuista diabeetikoiden hoidossa ja näin lisätä työntekijöiden luottamusta toistensa osaamiseen. Hoitomalliin liitetty hoidon laadun seuranta antaa mahdollisuuden edelleen kehittää hoitomallia siten, että hoidossamme olevat diabeetikot saisivat mahdollisimman hyvää hoitoa.

Diabeteshoitajat Sanna-Leena Paarlahti,  
Anu Saunamäki ja Anitta Tuuna  
Mäntän seudun terveydenhuoltoalue / pth lvo

## Interventiot

### Neuvokas perhe -apua neuvolatyöhön

Neuvokas perhe -työvälineet ovat lapsiperheiden liikunta- ja ravitsemusohjauksen apuvälineitä. Niitä voidaan käyttää kaikkien lapsiperheiden kanssa osana äitiys- ja neuvolakäyntejä. Työvälineet soveltuvat erityisesti terveydenhoitajille, mutta niitä voivat käyttää myös esimerkiksi lääkärit, fysioterapeutit ja ravitsemusterapeutit.

#### Neuvokas perhe -ohjausmenetelmä

- edistää lasten ja lapsiperheiden hyviä liikunta- ja ruokailutottumuksia

- tukee lapsiperheiden ohjaustyötä osana neuvoloiden (kouluterveydenhuollon) normaaleja terveystarkastuksia
- auttaa ammattilaisia suuntaamaan ohjaustyötään perheiden tarpeiden ja voimavarojen mukaisesti
- sisältää kolme toisiaan täydentävää käytännön työvälinettä sekä ammattilaisten täydennyskoulutuksen. Taustalla ovat sosiaali- ja terveysministeriön valtakunnalliset suositukset neuvolatyöstä ja asetus (380/2009) sekä STRIP -projekti.





**TAMPERE**  
Hyvinvointipalvelut  
Avopalvelut

## PERHEEN PIENET PÄÄTÖKSET – LEIKKI-IKÄISTEN LASTEN JA HEIDÄN VANHEMPIENSA TOIMINNALLINEN PAINONHALLINTARYHMÄ

Ravitsemusterapeutti Virja Salminen, fysioterapeutti Helena Ivari, terveydenhoitaja Kirsi Suoniemi, Tampereen kaupunki, Sosiaali- ja terveyspalvelut, avopalvelut.

### Tausta

Ylipainoisten ja lihavien lasten määrä on lisääntynyt. Tutkimusten mukaan noin puolet lihavista lapsista on lihavia aikuisena. Ylipaino lisää riskiä sairastua aikuisiässä mm. tyypin 2 diabetekseen, sydän- ja verisuonisairauksiin sekä tuki- ja liikuntaelinten vaivoihin. Vaikuttamalla lapsuudessa ylipainon kehittymiseen koko perheelle suunnatulla ryhmäohjauksella vaikutetaan samalla sekä vanhempien että lapsen elintapoihin.

### Menetelmät

Kehitimme ylipainoisille 5-6-vuotiaille lapsille ja heidän vanhemmilleen suunnatun painonhallintaryhmän "Perheen pienet päätökset". Ryhmäkokoontuu neljä kertaa, noin 1½ h kerralla.

#### 1. KERTA: Tutustuminen ja esittäytyminen

- Tutustumisleikki
- Mitä vanhemmuus on ja kuinka lapselle luodaan rajoja, mitä hallitaa ylipainosta on lapselle; terveydenhoitaja keskustele aikuisten kanssa vanhemmuuden roolikartan avulla.
- Vanhemmat täyttävät RTY:n Mahtavat muksut -materiaalin onnistumiset lomakkeen. Keskustellaan **asetetaan yksi konkreettinen tavoite**, jota perheet lähtevät kokeilemaan.
- Lapset rakentavat fysioterapeutin ja ravitsemusterapeutin kanssa liikunnallisen seikkailuradan: "vihannesten matka päiväkotiin". Kohteet sisältävät mm. tasapainon, tilan hahmottamisen, ketteryyden, ponnistusvoiman ja silmäkäsi-koordinaation harjoittamista.
- Jaetaan liikuntakorit (Iloa liikkeelle, Nuori Suomi)
- Kotitehtävänä ruokapäiväkirja. Vanhemmat täyttävät oman ja lapsi vanhempien avustuksella oman.
- Loppuleikki

1-2 vko

#### 2. KERTA: Askeleet painonhallintaan - tietoa ravitsemuksesta

- Keskustellaan ruokapäiväkirja -tehtävän onnistumisesta
- Syömiseen liittyvät pelisäännöt, säännölliset ruoka-ajat ja kohtuulliset annoskoot; ravitsemusterapeutti keskustele aikuisten kanssa. Esillä sokeri- ja rasvaesimekkejä juomista, makeisista ja jäätelöistä.
- Tarkennetaan asetettua tavoitetta tai tavoitteita
- Lapset pilkkovat terveydenhoitajan ja fysioterapeutin kanssa kasviksia ja hedelmiä, joita maistellaan yhdessä ja keskustellaan, kuka pitää mistäkin mausta.
- Kotitehtävänä tehdä ja värittää oma lautasmalli
- Loppuleikki



1-2 vko

#### 3. KERTA: Liikutaan

- Mitä hyvää on liikunnassa, liikunnan terveysvaikutukset ja liikuntasuositus; fysioterapeutti keskustele aikuisten kanssa kannustaan pienin konkreettisiin **perheen yhteisiin tavoitteisiin: mitä, milloin, kuinka paljon**
- Lapsilta mitataan pituus, paino ja vyötärön ympärys. Samalla lapset kertaavat ensimmäisen kerran seikkailuradan tehtäviä ravitsemusterapeutin kanssa
- Lopuksi lapset opettavat vanhemmilleen liikunnallisen radan ja perhe yhdessä liikkuu radan läpi
- Palautelomakkeen täyttäminen.
- Loppuleikki



2-3 kk

#### 4. KERTA: Mitä kuuluu kesä/joulun jälkeen?

- Lähdetään lähimaastoon pienelle kävely-/leikkiretkelle. Lenkillä voidaan poiketa leikkipuistossa tai rannassa ja talvella pulkkamässä. Retken aikana vaihdetaan kuulumisia.
- Retken jälkeen lapsilta mitataan pituus, paino ja vyötärön ympärys.
- Vanhemmat täyttävät uudestaan ensimmäisellä kerralla täytetyn RTY:n Mahtavat muksut -materiaalin onnistumiset lomakkeen.
- Käydään edellisen aiheen pohjalta keskustelua, mitä on saavutettu, mitä voisi parantaa.
- Loppuleikki

### Tulokset

- Vanhemmilta saatujen palauteiden perusteella perheisiin suunnattu ryhmätoiminta on toivottua ja koettiin tarpeelliseksi
- Lasten vanhemmat kokivat saaneensa apua ylipainoon tarttumiseen ja vanhemmat tekivät muutoksia sekä omassa elintavossaan
- Lasten suhteellisessa painossa ei ryhmän aikana tapahtunut muutosta, joka voi selittyä hyhyellä ajanjaksoilla ja kesäloma-ajalla

### Johtopäätökset

- Lyhytkestoisen ryhmän aikana saadaan tapahtumaan muutoksia koko perheen elintavossaan
- Elintapamuutosten tueksi voisi olla vielä yksi seurantatapaaminen, jolloin ryhmän kesto olisi noin ½-1 vuotta
- Perheille suunnatun painonhallintaryhmän toteuttaminen moniammatillisena yhteistyönä on mahdollinen ja työtä monipuolistava terveydenedistämisen muoto

## Terveyskeskuksen verensokerirasituspäivä

- työikäisille asukkaille vuosittain järjestettävä tilaisuus, jota markkinoidaan paikallislehdessä, terveyskeskusten ilmoitustaululla sekä vastaanotoilla
- paastoverensokerin mittaustilaus sekä riskitestin teko, mahdollisuus tutustua neuvontamateriaaleihin sekä osallistua lääkärin ja ravitsemusterapeutin luennoille
- tarvittaessa annetaan jatko-ohjausaika diabetes- tai sydänhoitajalle

Diabeteshoitaja Teija Poikkimäki/Nivalan terveyskeskus

## Painonhallintaryhmät Tampereella

- kohderyhmänä diabeteksen korkean riskin asiakkaat ja muut painonhallintaan sitoutuneet
- asiakkaat ohjautuvat ryhmään ikäkausitarkastuksista, riskinarvioinnista sekä lääkäreiden ja hoitajien vastaanotoilta
- ryhmään valinta tapahtuu hakemusten perusteella. Hakemuksia on saatavilla netissä, kaikilla terveysasemilla ja aikuisneuvoloissa. Hakijat haastatellaan henkilökohtaisesti ennen ryhmän alkua
- ryhmät alkavat eri puolilla kaupunkia sekä syksyllä että keväällä. Ryhmät kokoontuvat kymmenen kertaa puolen vuoden aikana, ja lisäksi järjestetään seurantatapaaminen kuuden kuukauden kuluttua ryhmän päättymisestä
- ryhmäohjaajina toimii (työpareittain) aikuisneuvonnan terveydenhoitajia, jotka ovat käyneet Diabetesliiton ja Sydänliiton kehittämän PPP-painonhallintaohjaajakoulutuksen
- asiantuntijoina ryhmissä lisäksi ravitsemusasiantuntija, liikunta-asiantuntija ja lääkäri
- yhteistyö liikuntatoimen kanssa

### Painonhallintaryhmien liikuntaosuuden lisääminen

**Fysioterapeutit osallistuvat terveydenhoitajien ohjaamiin painonhallintaryhmiin kolme kertaa.**

- I käynti tapahtuu painonhallintaryhmän alkupuolella. Fysioterapeutti esittäytyy ja virittää ryhmää seuraamaan arkiaktiivisuuttaan ja liikkumistaan esim. liikuntapäiväkirjan tai istumispäiväkirjan avulla.
- II käynti on kokonaan fysioterapeutin ohjaama. Selvitetään ryhmäläisten liikuntamieltymyksiä. Annetaan tietoa liikunnan terveysvaikutuksista, liikunnan annostelusta, turvallisuudesta, lajivalinnoista ja lajitarjonnasta. Ohjataan henkilökohtaisen liikuntasuunnitelman tekemisen alkuun.
- III käynti: liikkumiskokeilutunti. Esim. kävelyn, ryhdin, sauvakävelyn ja perusvenytysten ohjausta. Kannustetaan ryhmäläisiä henkilökohtaisen realistisen liikuntasuunnitelman täydentämiseen ja toteuttamiseen.
- Tiedotetaan mahdollisuuksista muihin liikuntakokeiluihin. Esim. kuntosali- ja vesijuoksu-kokeiluun.

Terveydenhoitaja Pirjo Aromaa, Tampere

## Tampereen Lääkärikeskus Oy:n Koskiklinikan työterveyspalvelu

Koskiklinikan työterveyshoitajat tekevät n. 3 200 terveystarkastusta vuosittain.

Terveystarkastuksen näkökulma työhyvinvointiin ja työssä jaksamiseen on tärkeä, unohtamatta kuitenkin kansanterveydellistä näkökulmaa. Yrityksen työterveyshuoltosopimuksen sisältö määrittelee työterveyden piirissä tapahtuvan jatkohoidon. Tarvittaessa asiakas ohjataan kunnallisen terveydenhuoltojärjestelmän piiriin.

Kaikissa terveystarkastuksissa selvitetään riski tyypin 2 diabetekseen tehostetusti. Tällä tarkoitetaan terveystarkastettavien riskipisteiden laskemista ja tarkan tausta-anamneesin selvitystä (raskausajan dm tai valtimotapahtumat).

Korkean riskin henkilöt ( $\geq 15$ ) pistettä ohjataan työterveyshoitajalle yksilökohtaisempaan ohjaukseen ja motivointiin. Suurimmissa yrityksissä riski kartoitetaan henkilöstöltä riskilomakkeen pohjalta. Ohjaus tapahtuu työterveyshuollossa yrityksen työterveyshuoltosopimuksen antamissa raameissa. Tarvittaessa henkilö voidaan ohjata muihin jo olemassa oleviin ohjausjärjestelmiin, esim. terveyskeskuksen ryhmät, alueen kotitalousneuvonta asemat sekä Maritta-järjestö ja liikuntatoimet.

Ohjaus tapahtuu joko yksilöohjauksena tai ryhmäohjauksena, esimerkkinä painonhallintaryhmä tai lääkärin vetämä MBO/T2D -ryhmä. Ohjaus noudattelee ongelmakeskeisen ohjauksen periaatteita.

### Koskiklinikan tehostettu terveysneuvonta tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä ja hoidossa

- Kesto 6–12 kk
- 9 käyntikertaa työterveyshoitajalla
- Käynnin kesto 60–90 min.
- Käyntien ajankohdat/aikavälit vaihtelevat yksilökohtaisesti
- Neuvonta ja ohjaus voi tapahtua myös ryhmätoimintona

### Käyntien sisältö:

#### 1. Mitä tyypin 2 diabetes on

Perustietoa tyypin 2 diabeteksestä, neuvonnan apuna kuvasarja.  
Tutkimukset: RR+pulssi, BMI, vyötärön ympärys, fB-gluk, 2 h sokerirasitus jos paastoarvo ei  $>7$ , Lipidit, GT ja / tai ALAT, TSH, Krea, u-alb, PVK ja EKG  
Ruoka- ja liikuntapäiväkirjan pito (mieliala). Omien tavoitteiden asettelu.

#### 2. Noin 3–4 viikon kuluttua

Keskustelu ruoka/liikuntapäiväkirjasta. Jatkosuunnitelman suunnittelu.  
Tutkimukset: RR/pulssi, BMI, vyötärön ympärys ja veren sokeri tarvittaessa.  
Ravitsemusohjaus: Ruokavalio ja ateriarytmi

#### 3. Seuranta/motivointi

Tutkimukset: samat kuin 2. käynnillä.  
Liikunta: lajimahdollisuudet ja kiinnostuksen kohteet. Liikunnan vaikuttavuus.

#### 4. Tupakka ja alkoholi tarkemmin

Tarvittaessa tukitoimet: Tupakka: lääkitys, tupakanvieroitusryhmät.  
Alkoholi: Audit-lomake ja Mini-interventio.

5. Omaseuranta, verensokerimittarin käytön opetus ja tulosten tulkinta

6. Ihon-, jalkojen- ja hampaidenhoito sekä seksuaaliterveys

7. Sosiaaliturva ja Diabetesliitto

8. Lääkitys: Tabletti- ja yhdistelmähoito sekä insuliinihoito

9. Erityistilanteet: esim. sairastaminen ja matkustaminen

10. Työterveyslääkärin vuositarkastus

**Asiakas käy laboratoriokokeissa ennen vuositarkastusta.**

Työryhmä:

Työterveyslääkäri Katri Tamminen, työterveyslääkäri Pekka Haarala, yksikön johtaja Jaana Peltokoski ja työterveys- ja diabetesvastuuhoitaja (yhdyshenkilö) Kirsti Jussila

## Liikkumisreseptin ryhmätäyttömalli

- yhteinen, moniammatillisen tiimin, terveyden edistämisen työväline
- lisää moniammatillisen tiimin yhteistyötä ja hyödyntää tiimin eri osaamisalueita
- helpottaa ja tehostaa liikuntaneuvontaa sekä liikkumisreseptin käyttöä
- lääkäri sulkee pois liikunnan vasta-aiheet, kirjaa liikkumisen terveysperusteet ja tavoitteet
- fysioterapeutti ohjaa liikkumisreseptin täyttämisen ryhmätilaisuudessa
- liikkumisreseptiin kirjataan myös jatkoseuranta
- voidaan hyödyntää myös jo olemassa oleviin ryhmiin, esim. PPP-painonhallinta- ja liikunta-ryhmiin

Ahti Honkola, ylilääkäri, Soinin terveysasema

## Toiminnallinen painonhallintaryhmä

Toiminnallisen painonhallintaryhmän opetusmetodina käytetään erilaisia osallistavan draaman keinoja. Päämenetelmänä käytetään prosessidraamaa: ryhmä luo fiktiivisen ylipainoisen henkilön, jonka elämää, elämäntapoja, tunteita, kehoa ja painoa käsitellään opetuksellisen draaman menetelmin. Prosessidraamatarinaan ohjaaja kirjoittaa johdannon, jonka avulla hän käsittelee haluttua aihetta. Ryhmä kuljettaa tarinaa eteenpäin tuomalla omia näkökulmia asiaan.

Ryhmät kokoontuvat yhteensä kymmenen kertaa. Arjesta irrottautumiseen ja alkulämmittelyyn käytetään jokaisella ryhmäkokoontumiskerralla erilaisia pelejä ja leikkejä. Omaan itseen tutustutaan mielikuva-, voimavara- ja rentoutumisharjoituksin.

Saadun palautteen perusteella toiminnallinen ryhmä toimii ikään kuin painonhallintaan valmentavana ryhmänä, jonka jälkeen elämäntapojen muuttaminen voi alkaa. Voimaantuminen mahdollistaa muutosprosessin ja onnistumisen painonhallinnassa.

Terttu Ohma, terveydenhoitaja, psykiatrian sairaanhoitaja, Valkeakosken sosiaali- ja terveyskeskus/avosairaanhoito

## Tulppa – valtimotautipotilaiden avokuntoutusohjelma

- ryhmämuotoinen avokuntoutusohjelma
- kehitetty terveystieteiden käyttöön
- kohderyhmänä sepelvaltimotautipotilaat, aivoverenkiertohäiriöitä sairastavat henkilöt, tyyppin 2 diabeetikot ja henkilöt, joilla on vaativia valtimosairauksien riskitekijöitä
- 10 ryhmätapaamista ja 2 seuranta-tapaamista 6 kk ja 12 kk kuluttua (lipidit, sokeritasitus, verenpaine, BMI, vyötärö, kuuden minuutin kävelytesti, liikunta- ja ruokapäiväkirjat)
- ryhmien vetäjinä terveydenhoitaja/sairaanhoitaja-fysioterapeutti -työpari sekä vertaisohjaajana kokenut valtimotautipotilas
- korostunut tavoitteiden asettelu ja avaintekijöiden valinta
- ohjelma sisältää myös aineiston ja nelipäiväisen koulutuksen terveydenhuollon ammattilaisille

[www.sydanliitto.fi/kaikki\\_sydamesta/kuntoutus/fi\\_FI/tulppa\\_avokuntoutus\\_1/](http://www.sydanliitto.fi/kaikki_sydamesta/kuntoutus/fi_FI/tulppa_avokuntoutus_1/)  
<https://publications.theseus.fi/handle/10024/1464>

## Kotivoimisteluohjeet asiakkaalle ateriapakkausten ohessa

Ruokahuollosta lähetettävien ateriapakkausten mukaan laitetaan päivittäin vaihtuvia jumppaliikkeitä. Tavoitteena lisätä kotona tai palvelutalossa asuvien ikäihmisten tai muuten vajaakuntoisten kotivoimistelua ja tätä kautta edistää heidän fyysistä kuntoa sekä kotona selviytymistä.

Jumppaliikemateriaali on laadittu kahden tai kolmen viikon jaksoille, jotka toistetaan muutaman kuukauden välein. Materiaali sisältää toimintamallin alussa lähetettävän infokirjeen sekä aina uuden jakson alussa lähetettävän saatekirjeen. Viitenä päivänä viikossa lähetetään, päivittäin vaihtuva A 5 kokoinen ohje, joka sisältää havainnollisen kuvan sekä lyhyen sanallisen kuvauksen.

Kotihoidon henkilökuntaa sekä mahdollisuuksien mukaan omaishoitajia on innostettu ja opastettu mukaan tukihenkilöiksi. Tavoitteena olisi, että he muistuttaisivat liikkeiden tekemisestä sekä laittaisivat liikkeitä esille kotona.

[www.lapinlahti.fi/projektit/telira/materiaali.php](http://www.lapinlahti.fi/projektit/telira/materiaali.php)

## LIIKU ITE -pisteiden kehittäminen

Terveysliikuntaan liittyvän tiedonhankinnan omatoimipisteet on sijoitettu terveysasemille veren-paineen mittauspisteiden yhteyteen.

LIIKU ITE -pisteiden tarkoitus on toimia asiakkaille lähialueen liikuntatarjonnan informaatiopisteinä, antaa perustietoa liikunnan terveysvaikutuksista ja opastaa esim. sauvakävellyn ja lihasvenytyksiin kävelyn jälkeen. Pisteiltä löytyy myös yhteystiedot liikuntaneuvontaan.

Terveydenhuollon henkilökunta ohjaa terveytensä kannalta liian vähän liikkuvan asiakkaan omatoimipisteille.

Fysioterapiaosastot huolehtivat pisteiden ajantasaisesta materiaalista.

LIIKU ITE -pisteillä voidaan järjestää kampanjaluonteisesti liikuntaneuvontaa.

[helena.ivari@tampere.fi](mailto:helena.ivari@tampere.fi)



# Avaa ovi liikuntaan

## terveysliikunnan neuvontaryhmä

•Avaa ovi liikuntaan on ennaltaehkäisevä terveysliikunnan neuvontaryhmä, joka soveltuu fysioterapian ryhmäksi kunnallisissa terveyspalveluissa.

•Ryhmä on liikuntapalveluketjun lenkki kohti omatoimista säännöllistä liikuntaa. Asiakasta ohjataan laatimaan oma liikkumissuunnitelmansa, joka kirjataan potilaskertomukseen. Kirjaaminen mahdollistaa moniammatillisen seurannan terveydenhuollossa.

•Lääkärit, terveydenhoitajat, sairaanhoitajat ja fysioterapeutit ohjaavat lähetteellä terveytensä kannalta riittämättömästi liikkuvan asiakkaan fysioterapeutin ohjaamaan kolmen kerran ryhmään saamaan tietoa terveysliikunnasta ja paikkakunnan sopivista liikuntapalveluista.

### 1. aukaisu

- Tutustuminen
- Mitä liikunta on omassa elämässä
- Terveysliikunnan perusteita, annostelua ja turvallisuustekijöitä
- Omat tavoitteet ja mahdollisuudet lisätä liikkumista
- Liikunta-käyttäytymisen muutosvaiheet
- Omien liikkumistapojen seuraaminen

### 2. aukaisu

- Huomioita omista liikkumistavoista
- Mikä estää muuttamasta totuttuja tapoja
- Harkittavaksi erilaisia tapoja liikkua (hyöty-, työmatka-, lähi- ja kotiliikunta sekä ohjattu liikunta)
- Kaikki liikkuminen kannattaa
- Oman tavoitteen kirjoittaminen
- Tuolikyky ja pöytäpunnerrus
- Askelmittari lainaksi

### 3. aukaisu

- Miltä liikkuminen tuntui? Oliko oma tavoite realistinen? Olenko tyytyväinen?
- Miten jatkan? Mitä lisätukea tarvitsen? Mistä saan lisätukea?
- Tietoa liikuntapalveluista ja ohjausta tiedon etsimiseen.
- Liikuntakokeilun järjestäminen.

Lisätietoja: Helena Iivari  
helena.iivari@tampere.fi



## Kundit kondikseen

- MBO-ohjelma on osa valtakunnallista sydänohjelmaa.
- Kundit kondikseen -hankkeen tavoitteena on helsinkiläisten 40-vuotiaiden miesten sydänterveystien edistäminen ja terveydellisen eriarvoisuuden vähentäminen.
- Vuosittain (alkaen 2006) yli 4 000 miestä saa kutsun terveystarkastukseen omalle terveysasemalleen.
- Tarkastukset toteutetaan MBO-riskitekijöiden seulontamenetelmän avulla. Hoito ja seuranta pohjautuvat Käypä hoitosuosituksiin sisältäen yksilöllistä elintapaohjausta sekä ryhmätoimintaa.
- Terveystapaamisia järjestetään Helsingin terveystieteiden kaikkialla terveysasemilla terveystieteiden terveydenhoitajien toteuttamina.
- Helsingin Sydänpiiri koordinoi toimintaa, valmistelee miesten kutsut, vastaa terveystapaamisten materiaaleista sekä organisoii MBO-koulutusta (MBO:n eri teemoista, käytännön toteutuksesta, kirjaamisesta sekä ohjaustyylillä). Helsingin terveystieteiden, Helsingin Sydänpiirin ja Sydänliiton toimijoista koostuva ohjausryhmä seuraa, kehittää ja arvioi hanketta.

[www.sydanliitto.fi/](http://www.sydanliitto.fi/) helsinginsydänpiiri



## Ravitsemusterapeutin ryhmäohjaus etävastaanottona

Ravitsemusterapeutin ohjauksen vaikuttavuudesta tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä korkean riskin henkilöillä on vakuuttavaa näyttöä. Koko Suomessa on vähän ravitsemusterapeutin virkoja. Lisäksi on monia kuntia, joissa ravitsemusterapeutin palveluja ei ole ollenkaan saatavana. Resurssien käytön tehostamiseksi yksi mahdollisuus on ryhmäohjauksen kehittäminen.

Lääkärin etävastaanottotoiminnasta on hyviä kokemuksia Oulunkaaren seutukunnan kunnissa, mutta ryhmäohjauksesta ei ole aiempia kokemuksia. Tässä Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin D2D-hankkeen ravitsemusterapeutin etävastaanottotoiminnassa ravitsemusterapeutti oli Oulussa ja ryhmä korkean riskin henkilöitä kokoontui oman asuinpaikkansa terveyskeskuksessa. Ravitsemusterapeutin ja ryhmäläisten välinen vuorovaikutus tapahtui videoneuvotteluna.

Ryhmäohjausmallin keskeinen tavoite on, että ryhmäläiset oppivat miten tyypin 2 diabetesta ehkäistään elintapojen avulla, että heidän muutosvalmiutensa lisääntyy ja että he aktiivisesti muuttavat elintapojaan

tavoitteiden suuntaiseksi. Pääpaino on ravitsemusasioissa. Ryhmän sisällön ja toiminnan suunnittelun taustateorianä on konstruktivistinen oppimiskäsitys. Elintapojen muutosprosessin vaiheet otetaan myös ohjauksessa keskeisesti huomioon. Tausta-ajatuksena on, että muutos on oppimista. Siten ryhmäohjauksessa kiinnitetään huomiota oppimisen tukemiseen ja ryhmäläisten itseohjautuvuuden ohjaamiseen.

Ryhmäohjaukseen kuului neljä 90 minuutin ryhmätapaamista kahden viikon välein sekä viides tapaaminen kuuden kuukauden kuluttua aloituksesta. Ryhmätapaamisten välillä oli kotitehtäviä (mm. itsearviointi- ja itsehavainnointitehtäviä). Ennen ensimmäistä tapaamista ja kuuden kuukauden kuluttua kokoontumisista mitattiin paino ja vyötärön ympärys sekä tehtiin glukoosirasituskoee. Lisäksi osallistuja täyttivät kyselylomakkeita.

Saatujen kokemusten mukaan ryhmäohjaus on toteutettavissa etävastaanottona. Etävastaanotto mahdollistaa ravitsemusterapeutin palvelujen tarjoamisen kustannustehokkaasti syrjäisille seuduille.

Jaana Laitinen, Työterveyslaitos, Oulu



## Askelmittarikoulutus

Tavoitteena on liikuntaneuvontaan osallistuvien henkilöiden kouluttaminen, niin että askelmittaria voidaan hyödyntää asiakkaan motivoimisessa ja terveyden kannalta riittävän liikunnan määrän seurannassa.

Käyttöönottokoulutuksen kohderyhminä ovat moniammatillinen toimijajoukko kuntien eri hallinnonaloilta, yksityiseltä ja kolmannelta sektorilta kuten lääkärit, terveydenhoitajat, fysioterapeutit, liikunnanohjaajat sekä työtoiminnasta vastaavat henkilöt.

### Ensimmäinen koulutuskerta:

- Askelmittarin saattaminen toimintavalmiuteen
- Henkilökohtaisten tietojen ohjelmointi askelmittariin
- Askelmittarin käytön opettelu

- Askelmittarista saatavien tietojen etsiminen
- Henkilökohtaisen lähtötilanteen arviointi ja kirjaaminen
- Kotikirjauskaavake ja täytön opetus
- Askelmittari lainaksi omakohtaiseen käyttöön

### Toinen koulutuskerta:

- Omaseurannan toteutumisen arviointi
- Nousujohteisen harjoitusohjelman tavoitemäärästä sopiminen. Käytännössä realistiseksi osoittautunut lisäysmäärä yksilöllinen aikaväli huomioiden on noin 10 %. Tavoitteena on vähitellen saavuttaa valtakunnalliset päivittäiset askelmääräsuositukset.

Kuortaneen Urheiluopisto:  
Rehtori Jorma Hyytiä  
Hyvinvointikeskuksen johtaja Timo Hämäläinen

## Koulutus

OVATKO VAATTEESI KUTISTUNEET?  
HENGÄSTYTTÄÄKÖ PORTAIDEN NOUSU?  
VÄSYTTÄÄKÖ VIMMATUSTI?  
TARTTISKO TEHDÄ  
**JOTAIN?**

## ELINTAVAT REMONTTIIN - PILOTTI

Jos vastasit **KYLLÄ** johonkin näistä kysymyksistä,  
olet sopiva henkilö

Elintavat remonttiin -pilottiin.

Tavoitteena on henkilökohtaisen hyvinvoinnin  
lisääminen elintapoja muokkaamalla.

### Pilotin eteneminen



### Uusien elintapojen käyttöönottoa ja vakiinnuttamista



Kouluttajat:  
Liisa Heinonen, ravitsemusterapeutti, Diabetesliitto  
ja Taru Poukka, LiM, UKK-instituutti

Elintavat remonttiin -pilotti on toteutettu Pirkanmaan sairaanhoitopiirin  
Terveystieteiden erikoissairaanhoidossa -hankkeessa  
Toimialue 1:n TYKY-toimintana hoitohenkilökunnalle.

Esimerkki koulutuksen suunnittelusta:

# Koulutustarjotin

## 1. Tietopainotteinen koulutus

- tyypin 2 diabeteksen riskitekijät
- tyypin 2 diabetes sairautena
- riskihenkilöiden seulonta
- ravitsemus
- liikunta
- painonhallinta
- elintapamuutosten tukeminen
- ruokapalveluhenkilöstön

## 2. Ryhmäohjauskoulutus

- ryhmäohjauksen suunnittelu ja toteutus
- ryhmädynamiikka
- ryhmäohjaustaidot
- ryhmäohjauksen arviointi

## 3. Tietojärjestelmän käyttöönottokoulutus

- D2D-järjestelmän käyttö potilaan ohjauksen ja seurannan tukena
- järjestelmän käytön opetus

## 4. Tuki työn kehittämiseen

- tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn liittyvien toimintatapojen ja -mallien kehittäminen
- moniammatillinen tiimityö
- verkostot
- työnohjaus

## Koulustoiminnan painopisteet

osa-alueet 1 ja 2

osa-alueet 1,2 ja 3

osa-alueet 1,2 ja 4

osa-alueet 1,2 ja 4

1. vuosi

2. vuosi

3. vuosi

4. vuosi

## Suunnittelu ja arviointi

Koulutustarpeiden alkukartoitus

Jatkuva koulutustarpeiden arviointi palautteen perusteella

Koulutuksen arviointi

Koulutuksen suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin aikataulu

Osa-alueet: 1 = tietopainotteinen koulutus, 2 = ryhmäohjauskoulutus, 3 = tietojärjestelmän käyttökoulutus, 4 = tuki työn kehittämiseen

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin D2D-koulutustyöryhmä  
Kuviot: Terhi Jokelainen ja Karita Pesonen



## MBO–MOPO -verkkoa hyödyntävä monimuotokoulutus terveydenhoitohenkilöstölle

**MOPO = Mahdollisuus Osaamisen Päivittämiseen Omaehtoisesti**

**MBO= Metabolinen Oireyhtymä**

- MBO–MOPO -koulutus on tarkoitettu terveydenhuollon ammattihenkilöille, jotka kohtaavat työssään MBO-henkilöitä ja antavat elintapaneuvontaa. Koulutus kehitettiin, koska elintapaohjausosaamisen jatkuvaa päivittämistä tarvitaan perusterveydenhuollossa, jossa työntekijöiden vaihtuvuus on suuri. Lisäksi koulutuksella pyritään vahvistamaan elintapaohjauksessa tarvittavaa eri ammattiryhmien yhteistyötä.
- MBO–MOPO -pilottikoulutus toteutettiin v. 2007, minkä pohjalta kehitettiin nykymuotoinen MBO–MOPO -koulutus. Koulutuskokonaisuus on Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin Dehkon 2D -hankkeen toimintaa.
- MBO–MOPO -koulutuksen tavoitteena on päivittää, lisätä ja syventää asiakaslähtöisen elintapaohjauksen osaamista metabolisen oireyhtymän ja tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä. Koulutuksessa keskitytään ravitsemusneuvontaan ja liikuntaneuvontaan. Sisältöalueina ovat oman osaamisen kartoittaminen, asiakaslähtöisyys, ratkaisukeskeisyys, muutosvaihemalli, neuvonnan eteneminen, terveellinen ravitsemus ja terveystiliikunta
- Opiskelutapa on tekemällä ja kokemuksesta refleктоimalla oppimista tietoverkkoa (Optima -oppimisympäristö ja internet), parityöskentelyä, ryhmätyöskentelyä ja työssä oppimista hyödyntäen. Kurssi sisältää 3 lähiopetuskertaa (12 tuntia) ja etäopiskeluna toteutettavia oppimistehtäviä.

### MBO-MOPO



Osallistujien oman arvioinnin perusteella elintapaneuvonnan osaaminen vahvistui koulutuksen aikana ja koulutus koettiin hyödylliseksi. Tärkeä kehittämiskohta jatkossa sekä työnantajalle että opiskelijalle on opiskeluun tarvittavan ajan järjestäminen.

Liisa Heinonen, MMM, ravitsemusterapeutti, Suomen Diabetesliitto;  
Taru Poukka, LitM, koulutussuunnittelija, UKK-instituutti

# Terveydenhuollon diabetesosaamiskartta

Himanen O, Heinonen L, Marttila J, Hannukainen K, Ilanne-Parikka P, on behalf of the education team of the Finnish Diabetes Association

## Tausta

Terveydenhuollon ammattilaisten ja diabetestiimien lisäkoulutuksen ja osaamisen kehittämisen tarve on noussut selkeästi esiin kansallisen diabetesohjelman, Dehkon myötä. Koulutuksen avulla tulisi päivittää ja kehittää osaamista, jota tarvitaan diabetesta sairastavien hyvän hoidon järjestämisessä ja turvaamisessa. Osaamisen kehittämistarpeen arviointityökaluksi on kehitetty Terveydenhuollon diabetesosaamiskartta perus- ja työterveyshuollon asiantuntijoiden, Educa Instituutin ja Diabetesliiton yhteistyönä. Kartta sisältää kuvauksen diabetestyön osaamisalueista perusterveydenhuollossa, ja se on muokattavissa erilaisiin tarkoituksiin.

### Diabetestyön osaamisalueet



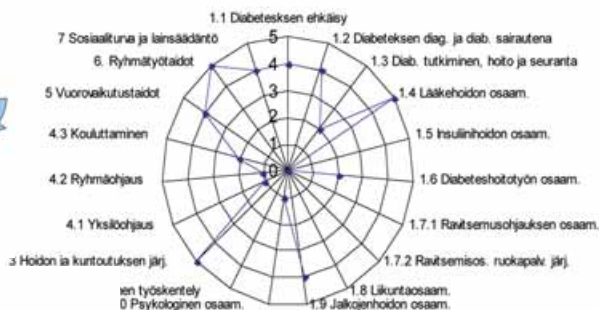
## Tarkoitus

Diabetesosaamiskartta auttaa tarkastelemaan ja arvioimaan diabetestyön osaamista. Sen avulla voi koota tietoa olemassa olevasta osaamisesta sekä kehittämisen ja kehittymisen tarpeista. Karttaa voi hyödyntää systemaattisessa henkilöstön kehittämisessä ja rekrytoinnin suunnittelussa, ja se voi vaikuttaa positiivisesti yleiskuvaan työtyytyväisyydestä ja edistää työhyvinvointia.

## Käyttö

Osaamiskartan käyttöönotto suunnitellaan yhteistyössä henkilöstön kanssa. Kukin arvioi omaa diabetesosaamistaan sähköpostitse lähetettävän linkin kautta asteikolla 0-5. Arvioinneista voi tehdä monenlaisia yhteenvetoja, ja niiden pohjalta voi käynnistää yhteisen tarkastelun. Yksilön näkökulmasta kartta tarjoaa mahdollisuuden syventää ymmärrystä omasta diabetesosaamisesta: mitä tulisi osata ja mitä taitoja harjaannuttaa. Sen avulla voidaan herättää tarve osaamisen kehittämiseen. Samalla se tarjoaa mahdollisuuden verrata omaa osaamista asetettuun tavoiteprofiiliin.

### Matti Meikäläisen osaamisprofiili



Tulosten tarkastelu tiimeissä tarjoaa mahdollisuuden kehittämissuunnitelmien tekemisen niin työyhteisö- kuin organisaatiokohtaisesti. Yhteenvetoja voidaan tehdä myös ryhmäkohtaisesti, tarkastellen eri tavoiteprofiileja omaavia ryhmiä ja verrata nykyosaamista tavoiteprofiiliin.

## Yhteenveto

Osaamiskarttaa on käytetty Diabetesliiton oman henkilöstön osaamisen kehittämisessä. Viisi terveydenhuollon yksikköä on pilotoinut karttaa, ja sitä on käytetty diabetestyön erikoistumisopintojen osana, jolloin opiskelijat ovat laatineet henkilökohtaisen oppimissuunnitelmansa tulosten pohjalta.

Työyhteisöt voivat tiedustella osaamiskarttapalvelun käyttöönottoa ottamalla yhteyttä Diabetesliittoon, koulutuspäällikkö Outi Himaseen p. 0400 723 664, 03 2860 318.



pieni päätös päivässä

## Koulutusta painonhallintaryhmien ohjaajille

Diabetesliitto ja Sydänliitto ovat yhdistäneet osaamisensa ja kehittäneet yhdessä uuden ryhmämallin painonhallintaan. Mallissa on yhdistetty tuloksellinen ryhmätoiminta sekä ravitsemukseen, liikuntaan ja psykologiaan pohjautuva painonhallinta. Järjestämme koulutusta ryhmänohjaajille uuden mallin pohjalta.

### Kohderyhmä

Terveystieteiden ammattilaiset, kuten terveydenhoitajat, työterveyshoitajat, sairaanhoitajat, fysioterapeutit, liikunnanohjaajat, ravitsemusterapeutit, lääkärit. Työpareittain osallistumista suositellaan, mutta yksinkin voi tulla. Koulutus soveltuu jo aiemmin painonhallintaryhmiä ohjanneille sekä ryhmän ohjausta aloitteleville.

### Kouluttajat

Sydänliiton ja Diabetesliiton asiantuntijat

### Koulutusryhmän koko

enintään 20

### Koulutuksen sisältö

#### Lääketieteellinen perusta

- metabolisen oireyhtymän merkitys terveydelle
- painonhallinnan merkitys MBO:n ja terveyden kannalta
- lääkehoito

#### Ravitsemuksen perusta

- painonhallinnan perusteet
- syömisestä hallinta
- omien ruokatottumusten pohdinta
- laadulliset/määrälliset muutokset

#### Liikunnan perusta

- liikunnan fyysinen ja psyykkinen merkitys elämänlaadun kohentajana
- motivoiva aloittaminen
- liikunnan "annostelu"

#### Ryhmänohjauksen perusta

- valmentava ote ryhmänohjaukseen
- ryhmädynamiikan hyödyntäminen
- ohjaajan rooli ja tehtävät
- ryhmämalli

### Koulutusmenetelmät

Ryhmän hyödyntäminen, vuorovaikutteiset luennot, toiminnalliset menetelmät ryhmämallia demonstroiden. Oheismateriaalina ohjaajan kansio.

### Koulutuksen kesto

3 pv + 2 pv. Jaksojen välillä työskennellään itsenäisesti. Koulutus sisältää myös käyttäjätunnuksen PPP-KOTI-verkon internetsivuille, jossa mahdollisuus mm. työnohjauskelliseen verkkokeskusteluun koulutuksen jälkeen. Koulutus on laajuudeltaan 4,5 opintopistettä.

### Koulutuksen hinta

770 €/hlö, opiskelijat 616 €/hlö. Tiimialennus: täysi hinta peritään vain yhdeltä henkilöltä/työpiste, muut opiskelijahinnalla. ALV 0 %. Hinta sisältää opetuksen, materiaalit ja ruokailut. Koulutusta järjestetään myös tilauskursseina terveydenhuollon organisaatioille sopimuksen mukaan.

### Lisätietoja

tuija.pusa@sydanliitto.fi, puh. (09) 7527 5230  
outi.himanen@diabetes.fi, puh. (03) 286 0318  
sekä www.sydanliitto.fi, www.diabetes.fi

### Ilmoittautuminen

Helsinkiin: satu.kuosma@sydanliitto.fi, puh. (09) 752 7521  
Tampereelle: annette.mathlin@diabetes.fi, puh. (03) 286 0338

## Ohoi! -koulutusprojekti

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä toteutettiin vuosina 2004–2005 OHOI! -koulutusprojekti, jonka tavoitteena oli kehittää koulutusmalli tyypin 2 diabeteksen ehkäisy- ja hoitotyötä tekevän hoitohenkilökunnan ryhmäohjauskoulutukseen. Ryhmäohjaajia voimaannuttamalla OHOI! -koulutusprojektissa pyritään edistämään ryhmäohjauksen muodostumista toimivaksi työmuodoksi perusterveydenhuollossa.

OHOI! -koulutuksen tavoitteena on lisätä perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan valmiuksia toimia tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn ja hoitoon suunnattujen ryhmien ohjaajina. Koulutus perustuu kokemukselliseen ja yhteisölliseen oppimiskäsitykseen. Asiantuntija-alustusten rinnalla keskeistä on koulutukseen osallistujien oma aktiivinen toiminta. Koulutustapaamisissa osallistujat pohtivat ryhmäohjaukseen liittyviä teemoja yhdessä toisten osallistujien ja kouluttajien kanssa. Koulutuksen aikana osallistujat suunnittelevat ja toteuttavat työpareittain omassa työympäristössään tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn suunnatun ryhmäohjauskokoonaisuuden valitsemalleen kohderyhmälle ja arvioivat toteuttamansa ryhmäohjauksen.

Pääpaino OHOI! -koulutuksessa on osallistujien ohjaustaitojen kehittämisessä. Koulutuksen aihealueita ovat ryhmäohjaus työmuotona, elintapamuutosten tukeminen ryhmäohjauksen keinoin, ryhmädynaamiset ilmiöt, ohjaajan rooli, ryhmäohjauksen käytännön organisointi ja ryhmäohjausprosessin arviointi.

Koulutus koostuu kolmesta koulutustapaamisesta. Ensimmäisen ja toisen koulutuspäivän välillä osallistujat työstävät ryhmäohjaussuunnitelmiaan ja toisen ja kolmannen koulutuspäivän välillä he toteuttavat työpareittain suunnittelemansa ryhmäohjauksen. Ryhmäohjauksen tueksi on laadittu kalvosarja ”Monta tietä muutokseen”, jota osallistujat voivat käyttää oman ryhmänsä ohjaamisessa.

Vuosien 2004 ja 2005 aikana Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä toteutettiin neljä OHOI! -koulutusta ja niihin osallistui yhteensä 61 osallistujaa eri terveyskeskuksista ja työterveysasemilta. Osallistujilta kerättiin palautetta koulutuksen arviointia ja jatkokehittämistä varten. Palaute oli pääosin myönteistä. Erityisen toimivaksi koettiin se, että koulutusmallissa on sisäänrakennettuna oman ryhmäohjauksen toteutus, mikä rohkaisee osallistujia toimimaan myös jatkossa ryhmäohjaajina. Valtaosa osallistujista suunnitteli aloittavansa uuden ryhmäohjauksen puolen vuoden kuluttua koulutuksen päättymisestä. Palautteessa tuli esille myös ehdotuksia OHOI! -koulutuksen kehittämiseksi. Koska koulutus toteutetaan alueellisia asiantuntijaresursseja käyttäen, se on kustannustehokasta koulutustoimintaa ja mahdollistaa paikallisten tarpeiden huomioimisen. Vuonna 2006 on suunnitteilla viidennen OHOI! -koulutuksen toteutus.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että OHOI! -koulutusprojekti on tuottanut toimivan koulutusmallin, jota voidaan hyödyntää hoitohenkilökunnan ryhmäohjausvalmiuksien kehittämisessä tyypin 2 diabeteksen ehkäisy- ja hoitotyössä.

## Tuijota omaan napaasi -työpaikkatapahtuma

Työterveyshuolto on avainasemassa keski-ikäisen suomalaisen väestön tavoittamisessa ja elämäntapamuutosten tarpeiden tunnistamisessa ja muutosten tukemisessa. Henkilöstöravintolat ovat luontevia paikkoja työntekijöiden kohtaamiseen ja terveysasioiden esiin ottamiseen tilanteissa, joissa terveysvalintoja tehdään. Tavoitteena oli kehittää työterveyshuoltoon terveyttä edistävän työn toimintamalli, joka tavoittaa työntekijät heidän arjessaan, tuo uutta otetta työhön, ottaa käyttöön työpaikan omat terveyden edistämisen toimijaresurssit ja luo uutta yhteistyötä toimijoiden välille.

Toimintamallin kehitystyö ja toteutus: PSHP:n Dehkon 2D -hankkeessa luotiin yhteistyömalli, jossa yritys, työterveyshuollon yksikkö ja ruokapalvelujen tuottaja järjestävät ravitsemusterapeutin tukemana tapahtuman tai teemapäivän tyyppin 2 diabeteksen ehkäisystä ja terveyttä edistävistä valinnoista. Mallin sovellus räätälöitiin jokaisen yrityksen ja sen työntekijöiden tarpeisiin. Pääasiallinen tapahtumapaikka oli henkilöstöravintola. Vuoden aikana mallia kokeiltiin 11 yrityksessä. Yritykset edustivat erilaisia toimialoja raskaasta metalliteollisuudesta kulttuurialan laitoksiin.

Tapahtuman perusmalli sisälsi suunnittelun, etukäteismarkkinoinnin, näyttelyn (kuvat, lautasmallit, havainnollistavaa aineistoa eri teemoista), diabeteksen riskitestauksen,

asiakkaille suunnattua aineistoa, tietovisan sekä ravitsemusterapeutin ja työterveyshoitajan tapaamismahdollisuuden. Teemat käsittelivät mm. ruoka- ja juomavalintoja, liikuntaa ja stressin hallintakeinoja. Laajennetussa toimintamallissa oli mm. henkilökunnalle suunnattu tietoisuus, ruokapalveluhenkilökunnan ja/tai työterveyshuollon henkilökunnan koulutus, nettipiste, henkilöstölehtiartikkeli ja aineistoa yrityksen intranetissa.

Terveystapahtumasta kehitettiin perusmalli ja laajennettu malli. Tapahtuman toteutuminen arvioitiin itsearviointina, keskustellen toimijoiden kanssa tapahtuman jälkeen ja noin puolen vuoden kuluttua tapahtumasta sekä eri toimijoille suunnatun kyselylomakkeen avulla.

Tehtyjen arviointien mukaan malli on herättänyt kiinnostusta elämäntapavalintoja kohtaan, nostanut terveyden edistämistyön imagoa ja tuonut tiedon arkivalintojen tasolle. Niin työterveyshuollon kuin ruokapalvelujen henkilöstö on kokenut saaneensa uutta tietoa terveyttä edistävistä valinnoista. Yrityksen, työterveyshuollon ja ruokapalvelun tuottajien välille on syntynyt uudenlaista yhteistyötä ja yhdessä oppimisen tilanne. Ruokapalvelujen terveydellisiin kriteereihin on kiinnitetty entistä enemmän huomiota. Myös ruokavalintojen muutoksista on raportoitu. Ravitsemusterapeutti on ollut tässä työssä keskeinen asiantuntijaresurssi.



## Tuumasta toimeen – painonhallintaryhmä käyntiin -koulutus

Koulutuksen tarkoitus oli helpottaa painonhallintaryhmien aloittamista ja antaa työnohjaus- tukea ryhmiä jo ohjaaville terveydenhuollon ammattilaisille. Tavoitteena oli ottaa käyttöön paikallinen moniammatillinen osaaminen ja juurruttaa ryhmäohjaus osaksi terveydenhuollon peruskäytäntöjä.

Koulutus suunniteltiin yhdessä koulutettavien kanssa heidän tarpeidensa mukaisesti. Koulutus tapahtui 6–11 hengen ryhmissä. Ryhmät kokoontuivat 4-6 kertaa.

### Esimerkki koulutuksen sisällöstä:

#### 1. kerta

- tutustuminen, odotukset, sisältö
- oma suhde ohjaamiseen
- ryhmien järjestäminen
- välitehtävä: oman syömisen tarkkailu

#### 2. kerta

- kuulumiskierros, välitehtävän purku ja siihen liittyen ravitsemuskysymyksiä
- kuvalliseen aineistoon tutustumista
- painonhallinnan tuloksellisuudesta
- välitehtävä: kasvien syömisen tarkkailutehtävä

#### 3. kerta

- kuulumiskierros, välitehtävän purku
- painonhallinnan ohjaamisen periaatteet
- ratkaisukeskeinen ryhmätyö ja ryhmän hyödyntäminen

#### 4. kerta

- liikunnan niveltäminen ryhmätapaamisiin
- liikuntapiirakka sopivina murusina
- liikuntaryhmät painonhallinnan satelliitteina
- yhteistyömahdollisuudet liikuntatoimen kanssa
- koulutuspalautte

PSHP:n D2D-hanke:

Liisa Heinonen, Anna-Liisa Ventola, Taru Poukka, Auli Pölonen

## 8. Valtimoterveydeksi! -työryhmät

Valtimoterveydeksi! -terveyden edistämisen oppaan sisältö pohjautuu viiden moniammatillisen terveyden edistämisen asiantuntijatyöryhmän työskentelyyn syksyn 2009 ja kevään 2010 aikana.

Ryhmät seuloivat tyypin 2 diabeteksen ehkäisyhankkeen D2D:n ja Suomalaisen Sydänohjelman tuottamista toimintamalleista ideoita valtakunnalliseen levitykseen.

### Johtoryhmä

*Maija Perho*

Ohjelmajohtaja, Sosiaali- ja terveysministeriö/  
Terveiden edistämisen politiikkaohjelma

*Jorma Huttunen*

Toimitusjohtaja, Diabetesliitto

*Tor Jungman*

Pääsihteeri, sosiaalineuvos, Sydänliitto

### Työryhmien työskentelyn koordinointi

*Kirsi Heinonen (ohjausryhmän jäsen)*

Valtimoterveyttä kaikille -projektipäällikkö,  
Suomen Diabetesliitto ry

### Palvelurakenne-työryhmä

*Marjaana Lahti-Koski, puheenjohtaja  
(ohjausryhmän jäsen)*

Kehittämispäällikkö, Suomen Sydänliitto ry

*Timo Aronkytö*

Terveyspalvelujen johtaja, yleislääketieteen  
erikoislääkäri, Vantaan kaupunki

*Heimo Lajunen*

Hankejohtaja, erikoislääkäri, Kanerva-KASTE-  
hanke, Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri

*Auli Pölönen*

Projektipäällikkö, ravitsemusterapeutti,  
Diabeteksen ja sydän- ja verisuonisairauksien  
ehkäisyhanke, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

*Liisa-Maria Voipio-Pulkki*

Terveyspalveluryhmän johtaja, lääketieteen ja  
kirurgian tohtori, sosiaali- ja terveysministeriö

### Riskinarvio -työryhmä

*Mikko Syväne, puheenjohtaja  
(ohjausryhmän jäsen)*

Ylilääkäri, sisätautiopin dosentti, kardiologian  
erikoislääkäri, Suomen Sydänliitto ry

*Hanna Haataja*

Asiantuntijaproviisori, Suomen Apteekkariliitto

*Tiina Laatikainen (ohjausryhmän jäsen)*

Ylilääkäri, osastonjohtaja,  
Kansantautien ehkäisyn osasto,  
Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

*Mervi Lehmusaho*

Hankekoordinaattori,  
Kanerva-KASTE-hanke,  
Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri

*Markku Peltonen*

Yksikön päällikkö,  
Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

*Timo Saaristo*

Projektipäällikkö, D2D-seurantahanke,  
Pirkanmaan, Keski-Suomen,  
Pohjois-Pohjanmaan, Etelä-Pohjanmaan ja  
Pohjois-Savon sairaanhoitopiirit

*Erkki Vartiainen (ohjausryhmän jäsen)*

Professori, ylijohtaja,  
Terveiden ja hyvinvoinnin laitos  
Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimiala

**Palveluketjut -työryhmä**

*Erja Toropainen, puheenjohtaja*  
Tutkija, UKK-instituutti

*Maria Aarne (ohjausryhmän jäsen)*  
Pääsihteeri, Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon  
kehittämishjelma (DEHKO 2000–2010)  
Suomen Diabetesliitto ry

*Helena Nuutinen*  
Psykkologi, Suomen Diabetesliitto ry

*Heikki Oksa*  
Lääkintöneuvos, ylläääkäri, dosentti, toimialu-  
een johtaja, Tampereen yliopistollinen sairaala

*Nina Peränen*  
Osastonhoitaja, Terveiden edistäminen ja  
preventio, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri

*Pia Ponkkala*  
Fysioterapeutti

*Ulla Siljamäki-Ojansuu*  
Ravitsemusterapeutti,  
johtava ravitsemussuunnittelija,  
Tampereen yliopistollinen sairaala

**Elintapainterventiot-työryhmä**

*Riikka Turku, puheenjohtaja*  
Terveidenhuollon kouluttaja-työnohjaaja  
laillistettu psykologi

*Eliina Aro*  
Ravitsemusterapeutti  
Suomen Diabetesliitto ry

*Pirjo Aromaa*  
Dehkohoitaja, terveydenhoitaja, Tampereen  
kaupunki / Sosiaali- ja terveyspalvelut  
Avopalvelut / Vastaanottotoiminta /  
Aikuisneuvonta

*Helena Ivari*  
Fysioterapeutti, Hatanpään lääkkäriasema/  
fysioterapia, Tampereen kaupunki/vastaan-  
ottotoiminta

*Anne Mäkinen*  
Projektipääällikkö, Tulppa-ohjelma,  
Suomen Sydänliitto ry

*Piia Rantanen*  
Tutkija, Kuntoutussäätiö,  
Kuntoutusalan tutkimus- ja kehittämiskeskus

*Reijo Siren*  
MBO-ohjelma – Kuntit kondikseen,  
Helsingin sydänpiiri

**Toimijoiden koulutus-työryhmä**

*Tuija Pusa, puheenjohtaja*  
(ohjausryhmän jäsen)  
Ravitsemusasiantuntija, Suomen Sydänliitto ry

*Enna Bierganns*  
Tiedottaja  
Dehko/Valtimoterveyttä kaikille -projekti  
Diabetesliitto ry

*Liisa Heinonen*  
Ravitsemusterapeutti  
Suomen Diabetesliitto ry

*Arja Hyytiä*  
TE-kehittämissuunnittelija,  
Terveiden edistämisen yksikkö,  
Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin  
kuntayhtymä

*Jukka Marttila*  
Psykkologi, Suomen Diabetesliitto ry

*Anu Mutka*  
Asiantuntijahoitaja,  
Keski-Suomen keskussairaala

*Karita Pesonen*  
Ravitsemusterapeutti,  
Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä

*Taru Poukka*  
Koulutussuunnittelija, UKK-instituutti

*Riitta Tuusa (ohjausryhmän jäsen)*  
Koulutussuunnittelija, Aivohalvaus- ja  
dysfasialiitto ry

## 9. Käsitteitä

- **Ateroskleroottinen valtimotauti** on koko valtimopuustoa koskeva yleissairaus, joka ilmenee sepelvaltimotautina, iskeemisenä aivovaltimotautina ja perifeerisenä valtimotautina tai näiden erilaisina yhdistelminä.
- **Glukoosirasitusko**, glukoosikoe; lähinnä sokeriaineenvaihdunnan tutkimiseen käytetty testi, jossa seurataan veren glukoosipitoisuutta suun kautta annetun glukoosiannoksen jälkeen.
- **HDL-kolesteroli** on veressä sijaitsevaa lipoproteiinia, joka kuljettaa kolesterolia kudok- sista maksaan. HDL on ns. hyvää kolesterolia, LDL:ää puolestaan kutsutaan pahaksi kolesteroliksi.
- **Hoitoketju** on yleensä diagnoosiperusteinen, tutkittuun tietoon perustuva, paikalliset olot huomioiva ja vaatimukset tunteva ohje hoidon järjestämisestä eri organisaatioiden kesken
- **Hoitopolku** on paikallinen toimintaohje, talon tapa, joka määrittelee työnjaon ja potilaan kulun organisaation sisällä toimijoiden välillä. Hoitopolku kertoo, mitä ja miten tehdään sekä kuka ja missä tekee
- **IFG** Impaired Fasting Glucose, lievästi kohonnut paastosokeri
- **IGT** Impaired Glucose Tolerance, heikentynyt sokerinsieto
- **Interventio** määritellään tässä julkaisussa ohjaukselliseksi väliintuloksi, joka on elinta- pamuutoksia ja terveyttä tavoitteleva työmuoto, toimintamalli tai ohjauskäytäntö
- **Mikroalbuminuria** tarkoittaa sitä, että verenkierrasta erittyy virtsaan jatkuvasti hieman enemmän albumiini-nimistä valkuaista. Se voi olla merkki diabetekseen liittyvästä munuaisvauriosta.
- **Lipidit** on yhteisnimi solukoissa ja kudoksissa syntyneille rasvoille ja rasvamaisille yhdisteille, kuten rasvoille ja kolesterolille
- **MBO** Metabolinen oireyhtymä tarkoittaa tilaa, jossa samalla henkilöllä on useita valti- monkovettumataudin eli ateroskleroosin ja aikuistyyppin diabeteksen vaaratekijöitä
- **Paastoglukoosi** 8–12 tunnin yön yli syömättömyyden jälkeen mitattu veren glukoosi- pitoisuus
- **Palveluketju** kokoaa asiakkaan terveys-, ravitsemus- ja liikuntapalvelut sekä muut terveyttä ja hyvinvointia edistävät mahdollisuudet kokonaisuudeksi, vaikka palvelut tuotettaisiinkin eri organisaatioissa.
- **”Prediabetes”**, diabeteksen esiaste (IFG ja IGT)
- **Valtimoterveys** tyyppin 2 diabeteksessa, aivoverenkierron häiriöissä ja sepelvaltimo- taudissa on kyse valtimomuutoksista, joiden taustalla on samoja riskitekijöitä

## 10. Lähteet ja kirjallisuusvinkit

- Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma 2000-2010. Diabetesliitto
- Hyvinvoiva ja terve kunta. Tukiaineistoa kuntajohdolle. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2008.  
[www.thl.fi/thl-client/pdfs/cf9bd600-ba20-4996-ae1-5077f7de5fe0](http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/cf9bd600-ba20-4996-ae1-5077f7de5fe0)
- Kansaneläkelaitoksen (KELA) tilastot
- Indikaattoripankki SOTKAnet
- Kunit kondikseen [www.helsinginsydanpiiri.fi](http://www.helsinginsydanpiiri.fi)
- Loppuraportti. Dehkon 2D -hanke (D2D) 2003–2007. Suomen Diabetesliitto.  
[www.diabetes.fi/tiedoston\\_katsominen.php?dok\\_id=1764](http://www.diabetes.fi/tiedoston_katsominen.php?dok_id=1764)
- Neuvokas perhe  
[www.sydanliitto.fi/kaikki\\_sydamesta/ravinto/fi\\_FI/neuvokasperhe/](http://www.sydanliitto.fi/kaikki_sydamesta/ravinto/fi_FI/neuvokasperhe/)
- Opas hoitoketjujen laadintaan ja toimeenpanoon. Hoitosuosituksesta hoitoketjuksi. Käypä hoito –suositusten oppaiden julkaisusarja
- Pieni Päätös Päivässä  
[www.pienipaatospaivassa.fi/](http://www.pienipaatospaivassa.fi/)
- Pomminpurkajat: kunnan kunnan tsekkauslista [www.pomminpurkajat.fi/kunnallisvaali/kyselyt/fi\\_FI/tsekkauslista/](http://www.pomminpurkajat.fi/kunnallisvaali/kyselyt/fi_FI/tsekkauslista/)
- Sosiaali- ja terveysalan hyvät käytännöt. [www.sosiaaliportti.fi](http://www.sosiaaliportti.fi)
- Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen (AVTK), Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
- Suunnitelma tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toteuttamiseksi. Projektisuunnitelma 2003-2007.
- Terveyden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisu -sarja 3/2005
- Terveyden edistämisen mahdollisuudet – vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. STM Julkaisu 2008:1
- Terveyden edistämisen politiikkaohjelma
- Terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen  
<http://info.stakes.fi/tejo/FI/index.htm>
- Terveyden edistämisen toimintamallit / Tekry  
[www.health.fi/index.php?page=jul\\_julkaisu&i=100434](http://www.health.fi/index.php?page=jul_julkaisu&i=100434)
- Terveytemme Atlas
- TEAviisari, kunnan toimintaa kuntalaisten terveyden edistämässä kuvaava verkkopalvelu  
[www.thl.fi](http://www.thl.fi)
- Tulppa-Valtimopotilaiden avokuntoutusohjelma  
[www.sydanliitto.fi/kaikki\\_sydamesta/kuntoutus/fi\\_FI/tulppa\\_avokuntoutus\\_I/](http://www.sydanliitto.fi/kaikki_sydamesta/kuntoutus/fi_FI/tulppa_avokuntoutus_I/)

- Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma 2003-2010.
- Valtioneuvoston periaatepäätös liikunnasta ja ravitsemuksesta. STM 2008
- Dehkon 2D -hanke Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella 2003-2007  
[www.ksshp.fi/julkaisusarja](http://www.ksshp.fi/julkaisusarja)
- Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyhanke (Dehkon 2D -hanke) Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä v. 2005-2008
- Etelä-Pohjanmaan Dehkon 2D -hankkeen loppuraportti
- Näkyykö napa -Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toimeenpanohankkeen toteutus ja

### Hyödyllistä materiaalia netistä

- [www.sydanliitto.fi](http://www.sydanliitto.fi)
- [www.diabetes.fi](http://www.diabetes.fi)
- [www.mitatekis.fi](http://www.mitatekis.fi)
- [www.stroke.fi](http://www.stroke.fi)
- [www.pienipaatospaivassa.fi](http://www.pienipaatospaivassa.fi)
- [www.terveydentahden.fi](http://www.terveydentahden.fi)
- [www.lapinlahti.fi/projektit/telira/materiaali.php](http://www.lapinlahti.fi/projektit/telira/materiaali.php)
- [www.ppsHP.fi/tere/elintapaohjausaineisto](http://www.ppsHP.fi/tere/elintapaohjausaineisto)
- [www.viisaankivi.fi](http://www.viisaankivi.fi)



# Valtimoterveyttä kaikille

**Valtimoterveydeksi!** -käsikirjan on tuottanut Valtimoterveyttä kaikille -projekti (2009–2010).

Projekti levitti Kansallisen diabetesohjelman Dehkon 2D -hankkeen ja Suomalaisen Sydänohjelman tuottamia hyviä käytäntöjä valtakunnalliseen käyttöön. Valtimoterveydeksi! -käsikirjan sisältö perustuu näihin ohjelmiin ja viiden moniammatillisen terveyden edistämisen asiantuntijatyöryhmän työhön.

Valtimoterveyttä kaikille -projekti kuului Sosiaali- ja terveysministeriö/Terveystieteiden edistämisen politiikkaohjelmaan, ja sen yhteistyökumppaneita olivat Diabetesliitto ja Sydänliitto sekä Aivohalvaus- ja dysfasialiitto.

Lisätietoja:

[www.diabetes.fi](http://www.diabetes.fi)

ISBN 978-952-486-089-5 (painettu)

ISBN 978-952-486-094-0 (verkkoversio)



**Terveystieteiden edistäminen**

HALLITUKSEN POLIITIIKKAOHJELMA



**Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry**  
**Stroke- och dysfasiförbundet rf**



**Diabetesliitto**  
*Diabetesförbundet*



**Suomen Sydänliitto ry**  
**Finlands Hjärtförbund rf**